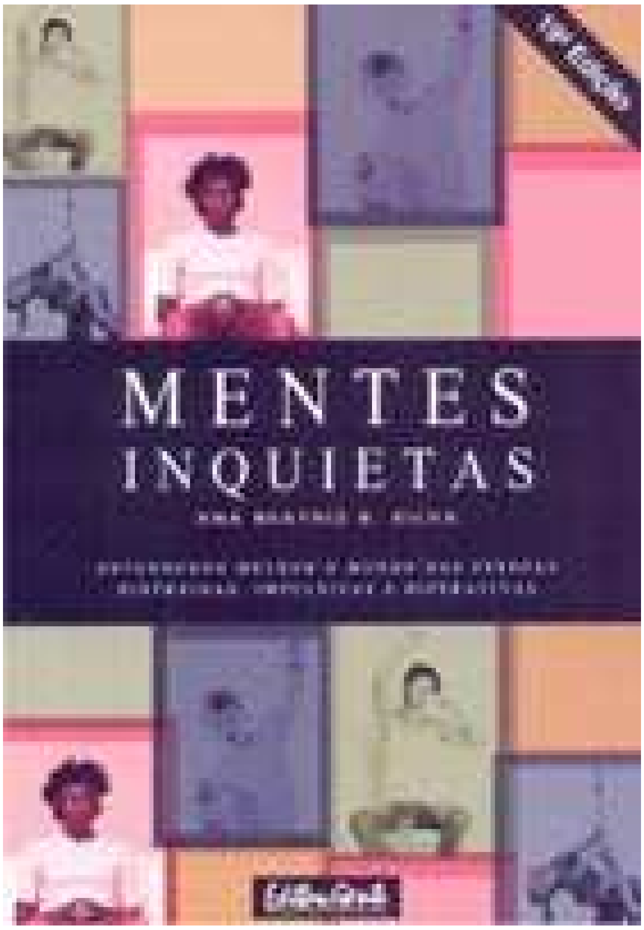
MENTES INQUIETAS

ANA BEATRIZ B. SILVA



Rua Pedro Soares de Almeida, 114 São Paulo, SP, CEP 05029-030
Telefax:(11)3670-2500 Site: www.editoragente.com.br E-mail: gente ©editoragente.com.br
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)
Silva, Ana Beatriz B.
Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas / Ana Beatriz B. Silva. - São Paulo : Editora Gente, 2003
ISBN 85-7312-406-7
1. Distúrbio de falta de atenção com hiperatividade I. Título
CDD-618.928589
Digitalização: Vítor Chaves
Correção: Marcilene Aparecida Alberton Ghisi Chaves

AGRADECIMENTOS

À memória de minhas avós que me fizeram acreditar nas pessoas ”do bem”.
A meus pais por serem estas pessoas.
Ao Dr, Bulhões de Carvalho, por sua sabedoria, sinceridade, estímulo e seu contagiante ”amor às letras”.
À Débora, pela ajuda incalculável, dedicação, entusiasmo e amor ao estudo do ser humano.
À Andréa, pela cumplicidade profissional, intelectual e principalmente fraternal.
À Graça, pela presença e ajuda nos momentos finais.
À Marcinha, pela dedicação e carinho.
Ao Márcio Paschoal, pela ajuda em ”juntar tudo” — parecia impossível.
Ao João e ao Marcelo, por serem tão especiais.
Ao Guilherme, à Bia e ao Léo, pela inspiração e tolerância com minha ausência.
Ao Dunga (Eduardo Mello), pela ajuda e por ser tão DDA assim...
À Angela e ao Luciano, pela amizade e estímulo.
Ao Eduardo, pelo amor incondicional.

ÍNDICE

PREFÁCIO **11**

Capítulo 1: COMO DENOMINAR O DÉFICIT DE ATENÇÃO **16**
a difícil arte do autoconhecimento...

Capítulo 2: O QUE É O DDA? **20**
um trio de respeito: distração, impulsividade e hiperatividade...

Capítulo 3: MULHERES E DDA **38**
um preço muito alto a ser pago e a via-crúcis antes do diagnóstico acertado: a rainha do lar em xeque...

Capítulo 4: DDA E CRIANÇAS **52**
a necessidade de se ajustar às regras: o bode expiatório da família...

Capítulo 5: DDA E VIDA AFETIVA **72**
os últimos românticos: emoção em excesso e escassez de razão...

Capítulo 6: O QUE OS DDAs TÊM QUE OS OUTROS NÃO TÊM?
idéias, sensações e emoções que não podem ser quantificadas: a questão da criatividade...

Capítulo 7: POR ONDE O IMPULSO ME LEVAR... **106**
os desbravadores, os acionistas, os artísticos e os performáticos...

Capítulo 8: PERSONALIDADES COM SUPOSTO FUNCIONAMENTO DDA **114**
de Einstein a Marlon Brando: um museu de grandes novidades...

Capítulo 9: DDA E OUTROS TRANSTORNOS **124**
desenvolvendo quadros associados: as parcerias nada recomendáveis...

Capítulo 10: UMA RELAÇÃO EXPLOSIVA: DDA E DROGAS **144**
perigos camuflados e atrações fatais...

Capítulo 11: A DIFÍCIL TAREFA DE DORMIR BEM **160**
aprendendo a relaxar um cérebro a mil por hora...

Capítulo 12: UMA BREVE HISTÓRIA NO TEMPO **170**
o longo processo de identificação do funcionamento DDA...

Capítulo 13: A ORIGEM DA QUESTÃO **176**
a ciência finalmente no rumo certo do entendimento de um cérebro DDA...

Capítulo 14: DIAGNÓSTICO DO DDA **184**
a sabedoria em direcionar sua forma de ser perante as inúmeras obrigações impostas pela vida...

Capítulo 15: EM BUSCA DO CONFORTO VITAL – TRATAMENTO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO **192**
a importância da individualidade e do conforto social...

Capítulo 16: MERCADO DE TRABALHO DO FUTURO E OS DDAS **210**
transformando sonhos em realidade: o novo mercado de trabalho e o destaque para as potencialidades criativas...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **214**

SOBRE A AUTORA **223**

PREFÁCIO

Mentes Inquietas é um desses livros que chegam como um alento ao coração de todos aqueles que durante muito tempo se sentiram como ”peixes fora d’água”, atuando dentro dos limites de suas angústias derivadas da sensação de incapacidade, inadequação e culpa, internalizadas através de uma crença implacável: eu não tenho jeito.

Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva, médica psiquiatra, com ampla experiência clínica no tratamento de portadores do Distúrbio do Déficit de Atenção, mostra-nos a trajetória cheia de vicissitudes e brilho criativo das pessoas com este funcionamento mental. Através de um relato envolvente, transparente e esclarecedor, consegue desmistificar a desatenção, a desorganização e o atabalhoamento, sintomas típicos de pessoas com DDA, até então entendidos como problemas de caráter.

Dra. Ana Beatriz explica a causa desse tipo de funcionamento mental, pontuando não só as dificuldades trazidas por ele, mas também, e principalmente, revelando todo o poder criativo, a agudeza mental e o dínamo empreendedor, que, para muitas pessoas, encontravam-se soterrados sob uma vida marcada por críticas e culpa.

Ao longo dos capítulos deste livro, Dra. Ana Beatriz consegue trazer à luz, sob um ângulo positivo, características que antes eram vistas como prejudiciais e incômodas pelas pessoas com este funcionamento mental.

Ana Beatriz nos prende e entretém com uma linguagem simples e clara, tornando acessíveis e extremamente agradáveis as informações sobre funcionamento cerebral e comportamento, que encantam tanto ao leigo como ao especialista.

No decorrer da leitura, são destruídas todas as antigas certezas do ”não ter jeito” e crescem o orgulho e a alegria do jeito de ser DDA.

O livro começa explicando o termo Distúrbio do Déficit de Atenção e como foi sua evolução do conceito de lesão até o atual: um tipo de funcionamento cerebral diferente, saindo da esfera da doença. Esse tipo de funcionamento diferente é explicado em suas principais características e suas conseqüências positivas e negativas, esclarecendo um assunto que até bem pouco tempo não era muito considerado: o DDA em mulheres.

Em seguida, somos apresentados àquela época da vida em que os pais arrancam os cabelos tentando lidar com seus pequenos DDAs, enquanto estes acabam se transformando nos bodes expiatórios da família.

A vida afetiva de alguém com DDA é relatada como um passeio de montanha-russa, com seus altos e baixos, reviravoltas de pernas para o ar, coração apertado e muita emoção.

O lado bom de ser DDA é revelado em uma linguagem redentora e entusiasmada: é a criatividade que brota fértil dessas mentes inquietas e aceleradas que sempre têm levado a humanidade adiante.

Uma particularidade que salta à observação, seja pelo lado bom, seja pelo ruim, é desvendada no capítulo sobre a impulsividade.

Os frutos de tanta criatividade e impulsividade são apresentados no capítulo sobre personalidades com suposto funcionamento DDA. Assim como os frutos de

tanta ansiedade e inquietação que são esclarecidos, em seguida, no capítulo que discorre sobre os problemas que desafortunadamente acabam por acompanhar essas mentes sobrecarregadas de idéias e de muita preocupação.

Um desses problemas é tão preocupante que ocupa um capítulo inteiro: a perigosa relação de uma pessoa com funcionamento DDA que se envolve com drogas.

Uma mente DDA não descansa nem mesmo enquanto dorme. No capítulo sobre a difícil tarefa de dormir bem, somos familiarizados com esta que é uma das principais reclamações dessas pessoas tão agitadas.

A partir desse ponto, o livro enfoca o caminho percorrido pela ciência para descobrir esse tipo de funcionamento mental e também como identificá-lo, além de entender o que se passa de diferente e especial dentro desses cérebros inquietos.

No capítulo sobre tratamento, seguimos descobrindo o que podemos fazer para reconstruir sua auto-estima e libertar todo seu potencial criativo. E, finalmente, terminamos nossa viagem com um assunto que promete ser a redenção das mentes inquietas: o novo mercado de trabalho e os talentos que se esperam dos trabalhadores do futuro, e que os DDAs têm de sobra...

Esperamos que este livro possa servir como bálsamo às almas dos DDAs, ajudando-os a valorizar suas potencialidades e fornecendo instrumentos para que possam não apenas utilizá-las de uma maneira menos sofrida, mas também que se sintam mais felizes consigo mesmos e com a vida.

Débora Barbosa: Psicóloga clínica formada pela UERJ, com *formação em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental.*

Maria das Graças Soares de Oliveira: Psicóloga clínica formada pela UERJ, com *formação em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Psicoterapia Estratégica.*

Capítulo 1 - COMO DENOMINAR O DÉFICIT DE ATENÇÃO

a difícil arte do autoconhecimento...

Muitas denominações e siglas têm sido usadas para referir-se ao Distúrbio do Déficit de Atenção. Em um número recente da *Attention,* revista americana do CHADD, uma associação de DDAs e simpatizantes, foi sugerido que, de agora em diante, se utilizasse a sigla DA/HI quando estiverem discutindo sobre o Distúrbio do Déficit de Atenção com hiperatividade-impulsividade, enquanto DDA será usado para o distúrbio com características predominantemente desatentivas.

A sigla DA/HI é apenas a mais recente das mudanças de nome atribuídas ao déficit de atenção nos últimos anos. O grande problema em criar rótulos para designar alterações comportamentais é que eles acabam sendo um reflexo do nível de conhecimento sobre aquele assunto em um dado momento e, por isso mesmo, quase nunca refletem a verdade que de fato ocorre nestas alterações.

Exemplos claros dessa postura são as denominações dadas ao déficit de atenção, como Disfunção Cerebral Mínima, Síndrome da Criança Hiperativa, Síndrome da Ausência de Controle Moral ou ainda Reação Hipercinética da Infância, todas em diferentes períodos do século XX.

Sabe-se, hoje, que nenhum dos termos era exato ou mesmo elucidativo, quanto à origem ou às diversas manifestações do comportamento DDA. Na prática, DA ou DA/HI e alguns subtipos citados por diversas classificações são agrupados sob o leque da sigla DDA. Isso ocorre por várias razões, mas a mais convincente deve-se à ampliação da percepção dos sintomas dessa alteração comportamental, dando destaque especial ao déficit de atenção que era subvalorizado em função da hiperatividade e da impulsividade. Atualmente se sabe que a desatenção é o núcleo básico, comum e unificador desse tipo de funcionamento mental.

Por tudo isso, resolvemos utilizar a sigla DDA para designar o Déficit de Atenção em toda sua gama de manifestações, bem como as pessoas que têm no termo DDA a representação de uma maneira de ser. Afinal, não se *tem* DDA, se *é* DDA.

Ao longo deste livro, essa designação aparecerá com estes dois sentidos: um adjetivando, outro subjetivando, pois, em se tratando de DDA, sujeito e atributo adquirem uma só função no exercício diário de ser quem se é e aprender que a difícil arte do autoconhecimento inicia-se exatamente aí.

Será dado destaque à essência DDA e, como ”escafandristas”, tentaremos apresentar facetas íntimas desse universo ainda tão pouco conhecido pelos profissionais de saúde e educação, e do grande público em geral.

Esperamos iniciar aqui a abertura, ainda que de forma parcial, do grande leque que o termo DDA representa.

Quando os astronautas foram à lua
que coincidência eu também estava lá
fugindo de casa, do barulho da rua
pra recompor meu mundo bem devagar
Que lugar mais silencioso
Eu poderia no universo encontrar
Que não fossem os desertos da lua
Pra recompor meu mundo bem devagar

“No mundo da lua”
(Biquini Cavadão — Álvaro, Bruno, Miguel e Sheik)

Capítulo 2 - O QUE É O DDA?

um trio de respeito: distração, impulsividade e hiperatividade...

Quando pensamos em DDA, não devemos raciocinar como se estivéssemos diante de um cérebro ”defeituoso”. Devemos, sim, olhar sob um foco diferenciado, pois, na verdade, o cérebro do DDA apresenta um funcionamento bastante peculiar, que acaba por trazer-lhe um comportamento típico, que pode ser responsável tanto por suas melhores características, como por suas maiores angústias e desacertos vitais.

O comportamento DDA nasce do que se chama *trio de base alterada.* É a partir desse trio de sintomas — formado por alterações da atenção, impulsividade e da velocidade da atividade física e mental — que se irá desvendar todo o universo DDA, que, muitas vezes, oscila entre o universo da plenitude criativa e o da exaustão de um cérebro que não pára nunca.

Por esse motivo, será feita agora uma análise minuciosa desse trio de sintomas que constitui a espinha dorsal do comportamento DDA:

ALTERAÇÃO DA ATENÇÃO: Este é, com certeza, o sintoma mais importante no entendimento do comportamento DDA, uma vez que esta alteração é condição *sine qua non* para se efetuar o diagnóstico. Uma pessoa com comportamento DDA pode ou não apresentar hiperatividade física, mas jamais deixará de apresentar forte tendência à dispersão. Para um adulto DDA, manter-se concentrado em algo, por menor tempo que seja, pode tornar-se um desafio tão grande como para um atleta de corrida com obstáculos que precisa transpor barreiras cada vez maiores até chegar ao fim da pista. Essa dificuldade em manter-se concentrado em determinado assunto, pensamento, ação ou fala, muitas vezes, causa situações bastante desconfortáveis aos adultos DDAs, como o fato de estarem em reuniões importantes de trabalho ou de família e terem seus pensamentos desviados para pequenas coisas como o horário do jogo de seu time no dia seguinte, a roupa que irá usar para ir ao cinema à noite ou mesmo se seu carro está suficientemente limpo para dar carona ao chefe. Várias vezes, o adulto DDA é flagrado por seus parceiros ou patrões nesses lapsos de atenção, acarretando desde pequenas a grandes discussões. Pode-se constatar isso pela angustiada declaração de Diana, 22 anos, estudante de Fonoaudiologia, que relata suas dificuldades de se manter concentrada quando em aula ou em outras situações acadêmicas:

”Sabe, eu sempre perguntei para mim mesma por que divagava tanto quando estava assistindo às aulas, ou sob supervisão, algo assim, em que você deve, e também *precisa,* prestar atenção. Eu imaginava por que cargas-d’água isso tinha que acontecer comigo, já que sempre fui perfeccionista. Eu me recriminava; achava que só poderia ser alguma falha de caráter, que no fundo deveria ser uma desinteressada de tudo. Afinal, eu olhava para a face de minha supervisora, nos orientando em pontos importantes, e embora no início conseguisse acompanhar, depois de um certo tempo via o rosto dela se transformar em uma tela de cinema, em que se passavam vários acontecimentos de minha vida, ou planejamentos, ou ainda o que imaginava que estava por vir, fantasias, sonhos... quando eu voltava ao tempo e espaço presentes, já não fazia

a menor idéia do que estava sendo dito. Muita gente usa a expressão ’pegar o bonde andando’ para descrever uma situação em que você pega algo no meio e não entende nada... Mas para um DDA, eu acho que é o contrário: você pega o bonde parado, fica nele até um certo ponto e depois cai. O bonde continua e você fica pra trás.”

Com o passar do tempo, o próprio DDA se irrita com seus lapsos de dispersão, pois estes acabam gerando, além dos problemas de relacionamento interpessoal, grande dificuldade de organização em todos os setores de sua vida. Essa desorganização acaba por fazê-lo gastar muito mais tempo e esforço para realizar suas tarefas cotidianas. Tal situação pode ser comparada a um carro cujo motor desregulado consome bem mais combustível e submete suas peças a um maior desgaste, resultando em menor durabilidade e desempenho. Muitos DDAs descrevem períodos de profundo cansaço mental e às vezes físico. Alguns usam a expressão ”cansaço na alma” para descrever seu estado após a realização de tarefas nas quais se forçaram a permanecer concentrados por obrigação. Por exemplo, a entrega de um trabalho profissional que tiveram que realizar como um dever, com prazo determinado e sem nenhuma paixão pela tarefa realizada. No entanto, na grande maioria das vezes, os resultados desses trabalhos são muito bons — quando não, excelentes —, mas para o DDA fica sempre a sensação de um resultado ruim. Freqüentemente, em função de seu julgamento equivocado, provocado em parte pela desatenção de um cérebro envolto em uma tempestade de pensamentos que se sucedem incessantemente, dificultando a canalização de seus esforços na realização de trabalhos com metas e prazos preestabelecidos.

A estudante de Fonoaudiologia relata também várias situações comuns a um DDA, a fraca avaliação ou a consciência que têm acerca da própria competência:

”Aqueles trabalhos escritos que você tem que fazer dezenas de vezes na faculdade, como dissertações, pesquisas, sempre foram sinônimo de terror pra mim. Todo início de período eu jurava que desta vez seria diferente: não deixaria os trabalhos para entregar em cima da hora. Assim como prestaria atenção em aulas inteiras, anotaria o que os professores falassem e depois passaria a limpo de forma organizada. O que acabava acontecendo é que meus apontamentos sempre ficavam aquela ’zona’, além de incompletos, porque eu sempre ’caía do bonde’. Daí eu pedia o caderno daquelas meninas que sempre conseguiam fazer o que para mim era impossível e tirava fotocópias. O mais engraçado era que eu quase sempre tirava notas maiores que as delas, usando o mesmo material. Mas no caso de trabalhos dissertativos, eu sempre deixava para os 45 minutos do segundo tempo. Fazia no maior desespero, achava uma porcaria e os professores adoravam! Eu ficava sem entender nada, eu me achava uma fraude. Sempre desejei fazer os trabalhos de uma forma disciplinada... o curioso é que nas poucas vezes que consegui, não saíram tão bons, pelo menos na avaliação dos professores.”

É importante destacar que o termo original para o DDA — Distúrbio do Déficit de Atenção — não traduz com precisão ou mesmo com justiça o que ocorre com a função da atenção no DDA. Se por um lado o adulto e a criança DDAs têm profunda dificuldade em se concentrar em determinado assunto ou enfrentar situações em condições de obrigatoriedade, por outro lado podem apresentar-se

hiperconcentrados em determinados assuntos ou atividades que lhes despertem interesse espontâneo ou paixão impulsiva, como é o caso de crianças com jogos eletrônicos ou adultos com esportes, computadores ou leitura de assuntos específicos. Em tais casos, tanto as crianças como os adultos DDAs terão dificuldade em se desligar ou desviar sua atenção para outras atividades.

Essa característica pode até causar desentendimentos e alguns problemas de relacionamento, se as pessoas desconhecerem ou não compreenderem o problema, como contou George, jovem advogado de 26 anos, apaixonado por *hardware* de computadores:

”Minha namorada estava com um problema no computador. Um componente estava mal instalado e ela não conseguia conectar à internet. Logo me prontifiquei para ir à casa dela ver se podia consertar. Eu fiquei lá, absorto, futucando a máquina. Nem me dei conta de que os familiares dela tinham saído para um compromisso. Estávamos a sós, e não nos víamos há quase uma semana. Mas eu estava teimando com o computador. Ela chegou por trás, me beijando o pescoço, me acariciando e eu completamente focado na máquina. Ela continuou, me tirou a blusa... finalmente virou a minha cadeira e aí é que eu me dei conta. Levei aproximadamente uns cinco minutos para perceber uma situação que você normalmente capta em segundos! A minha sorte é que ela conhece essa minha característica, é supercompreensiva e até hoje nos lembramos desse episódio e damos boas risadas.”

Pelo que foi visto, o uso do termo déficit de atenção pode levar a um entendimento incorreto da capacidade atentiva de um DDA e, por isso mesmo, preferimos usar o termo ”instabilidade de atenção”, que nos parece ser mais correto que o termo déficit, já que este traz consigo somente a idéia pejorativa de uma deficiência absoluta e imutável.

IMPULSIVIDADE: Antes de tudo, deve-se ter em mente que a palavra impulso tem um significado próprio: 1) ação de impelir; 2) força com que se impele; 3) estímulo, abalo; 4) ímpeto, impulsão. Todas essas definições literais irão ajudar a entender a maneira pela qual o DDA reage diante dos estímulos do mundo externo. Pequenas coisas podem despertar-lhe grandes emoções e a força dessas emoções gera o combustível aditivado de suas ações. Sua mente funciona como um receptor de alta sensibilidade, que, ao captar um pequeno sinal, reage automaticamente sem avaliar as características do objeto gerador do sinal captado. Um exemplo simples dessa situação seria o caso de um caçador que, ao detectar um pequeno ruído na floresta, põe em disparo uma AR-15 a fim de abater sua caça. Poucos minutos após a rajada de tiros, descobre que a sua grande presa não passava de um inofensivo tatu que apenas abrira um pequeno buraco no solo com o intuito de se abrigar.

Quanta energia em vão! Exagerado! — diria a maioria das pessoas. Mas, na verdade, tudo não passou de um ato impulsivo, ou seja, disparou, depois pensou. E, com certeza, lamentou! Tanta apreensão, tanta adrenalina, tanta taquicardia, tudo agora está no chão ao redor da pequena residência do tatu — que graças a Deus e à sua agilidade, encontra-se vivo, feliz e aquecido em sua morada.

Essa pequena história-piada pode gerar risos. No entanto, se pensarmos na vida real, em que tatus são pessoas e caçadores são DDAs impulsivos, pode-se imaginar quanto sofrimento, culpa, angústia e cansaço, um impulso sem filtro pode ocasionar nos relacionamentos cotidianos de uma dessas pessoas. E é justamente isso que acontece com crianças e adultos DDAs.

Crianças costumam dizer o que lhes vem à cabeça, envolver-se em brincadeiras perigosas, brincar de brigar com reações exageradas, e tudo isso pode render-lhes rótulos desagradáveis como ”mal-educada”, ”má”, ”grosseira”, ”agressiva”, ”estraga-prazeres”, ”egoísta”, ”irresponsável”, ”autodestrutiva” etc. Nas crianças DDAs esses comportamentos são, além de mais intensos, mais freqüentes. E é claro que isso será um dos fatores de grande influência na formação de uma auto-estima cheia *de* ”buracos”. Todo DDA, na vida adulta, apresentará problemas com sua auto-estima e este é o maior de todos os desafios de seu tratamento: a reconstrução dessa função psíquica que, em última análise, constitui o espelho da própria personalidade.

No adulto DDA, a impulsividade também trará sérias conseqüências, além daquelas já trazidas em sua bagagem infantil. Ele terá aprendido a diminuir determinados riscos vitais, tais como olhar antes de atravessar uma rua, praticar certos esportes com proteções adequadas ou desligar o gás do *boiler.* No entanto, seu impulso verbal pode continuar a lhe trazer sérios problemas, principalmente em situações em que esteja sob forte impacto afetivo ou sob pressão pessoal. Em tais situações pode-se ver um DDA adulto que, em meio a uma discussão com sua esposa, olha para ela e diz: ”Estou enjoado de você, não agüento mais ouvir sua voz irritante.” Ou ainda disparar para seu chefe: ”Gordo, barrigudo e careca, não pode mesmo ser feliz”, após ter sido criticado por este na frente de todos no escritório. Atitudes assim, impensadas, podem levar o DDA adulto a viver numa constante instabilidade: entra e sai de diversos relacionamentos, empregos e grupos sociais. A impulsividade verbal é assim relatada por Caetano, arquiteto de 32 anos:

”Eu sempre me enrolava com prazos, projetos que deviam ser tocados em uma seqüência definida... quando minha sócia me perguntava a quantas andava este ou aquele projeto, eu me enrolava todo, fosse porque estava tocando tudo de forma atabalhoada, fosse porque eu ainda não tinha resolvido alguma questão importante ou mesmo até quando estava correndo tudo muito bem. Eu sempre respondia a primeira coisa que me vinha à cabeça, na ânsia de me justificar, sempre na defensiva. Como eu já tinha dito, até mesmo nos projetos em que tudo estava correndo muito bem. Talvez porque, lá no fundo, eu sempre tenha a sensação de que algo está errado, de que eu estou falhando em alguma coisa ou que não estou sendo cuidadoso o bastante. Muitas vezes respondia coisas idiotas, deixava minha sócia sem entender nada, enrolava mais ainda o meio-de-campo e depois gastava horas ruminando pensamentos sobre como não devia ter dito aquelas coisas ou planejando formas de desdizer as bobagens. Muitas vezes pensava que seria melhor se fosse mudo, que devia colar um esparadrapo em minha boca. E com Super Bonder.”

Se o comportamento dos DDAs não for compreendido e bem administrado por eles próprios e pelas pessoas que com eles convivem, freqüentemente, conseqüências no agir poderão se manifestar sob diferentes formas de

impulsividade, tais como: agressividade, descontrole alimentar, uso de drogas, gastos demasiados, jogos, tagarelice incontrolável etc.

Para o adulto DDA, aprender a controlar ou mesmo redirecionar seus impulsos (para esportes, artes etc.) pode muitas vezes ser uma questão de vida ou morte, ou melhor, uma questão de escolher viver a vida em sua plenitude ou buscar o fim antes do último capítulo. No entanto, o que se vê, na maioria absoluta dos DDAs, é que, no fundo de suas essências, eles têm um profundo amor à vida, tanto que passam a maior parte de seu tempo buscando emoções, aventuras, projetos, amores, tudo para viver mais intensamente. Arriscaríamos dizer que os DDAs jamais buscam a morte. Às vezes, quando mesmo sem querer chegam bem perto dela, não era para lá que se dirigiam *e* sim para a vida, esta vida que, para eles, de tão interessante, por vezes chega a doer. E é na busca dessa vida dentro da vida que está o impulso mais forte de todo DDA. Para eles tudo é MUITO. Muita dor, muita alegria, muito prazer, muita fé, muito desespero. E, se pudermos fazê-los ver a força que esse impulso pode ter, quando bem direcionado, na construção de uma vida que valha tanto para eles como para a humanidade, teremos feito a nossa parte nesse processo.

HIPERATIVIDADE FÍSICA E MENTAL: É muito fácil identificar a hiperatividade física de um DDA. Quando crianças, eles se mostram agitados, movendo-se sem parar na sala de aula, em sua casa ou mesmo no *playground.* Por vezes chegam a andar aos pulos como se seus passos fossem lentos demais para acompanhar a energia contida em seus músculos. Em ambientes fechados, mexem em vários objetos ao mesmo tempo, derrubando grande parte deles no ímpeto de checá-los simultaneamente. São crianças que costumam receber designações pejorativas como: ”bicho-carpinteiro”, ”elétricas”, ”desengonçadas”, ”pestinhas”, ”diabinhos”, ”desajeitadas”, entre outros. Nos adultos, essa hiperatividade costuma se apresentar de forma menos exuberante, o que acabou por fazer alguns autores no passado pensarem que tal alteração tendia a desaparecer com o término da adolescência. Hoje se sabe que isso não é verdade, o que ocorre é uma adequação formal da hiperatividade à fase adulta. Nesse sentido, pode-se observá-la nos adultos que ”sacodem” incessantemente suas pernas, ”rabiscam” constantemente papéis à sua frente, roem unhas, mexem o tempo todo em seus cabelos, ”dançam” em suas cadeiras de trabalho, e estão sempre buscando algo para manter suas mãos ocupadas. A hiperatividade mental ou psíquica apresenta-se de maneira mais sutil, o que não significa, em hipótese alguma, que seja menos penosa que sua irmã física. Ela pode ser entendida como um ”chiado” cerebral, tal qual um motor de automóvel desregulado que acaba por provocar um desgaste bastante acentuado. É o adulto que numa conversa interrompe o outro o tempo todo, que muda de assunto antes que o outro possa elaborar uma resposta, que não dorme à noite, porque seu cérebro fica agitado a tal ponto que não consegue desligar. Essa agitação psíquica é parcialmente responsável pela inaptidão social que muitos DDAs apresentam e se traduzem em problemas para fazer e conservar amigos. O ”chiado” de seus cérebros muitas vezes os impede de interpretar corretamente as ”deixas” sociais que são tão necessárias no estabelecimento e na manutenção das relações humanas. É como se sua vida tivesse transcorrido, desde a infância, num redemoinho de atividades e

pensamentos, que não lhes deram tempo nem capacidade de sintonia para aprender a difícil arte de interpretar os outros.

A energia hiperativa de um DDA pode causar-lhe incômodos cotidianos, principalmente se ele precisar adequar-se ao ritmo não tão elétrico dos não-DDAs. Para um DDA hiperativo, até mesmo uma escada rolante pode tornar-se sinônimo de tortura. É o que declara, em tom exasperado e irritadíssimo, Bruno, contador, 45 anos, que toma o metrô diariamente para ir ao seu escritório:

”Todo dia eu me estresso, porque o metrô é o transporte mais prático para mim. O problema é que parece que as outras pessoas não são tão dinâmicas quanto eu. Eu me sinto tolhido, porque no meio da multidão tenho que me reduzir à velocidade delas. O exemplo mais destacado pra mim é a escada rolante na hora do *rush.* O que é uma escada rolante para mim? É uma maximizadora de velocidade. Eu a subo normalmente e, como ela se move também, chego mais rapidamente ao topo. Deveria ser esta a função dela: impulsionar! Mas como normalmente as pessoas usam a escada? Como descanso! Elas param em um degrau, placidamente, e deixam a escada levá-las. O pior é que, quando fazem isso, elas brecam os movimentos das pessoas que estão vindo atrás e que estão com pressa. Ou seja, elas param e também empacam todas as pessoas degraus abaixo. Se existem aqueles tipos humanos conhecidos como ’gente que faz’, certamente não são essas pessoas. Eu fico inquieto e ansioso! Eu quero me mover, agitar. Sinto-me como um felino enjaulado, tolhido por um bando de pacas.”

Em função de tudo que foi dito a respeito da tríade de base alterada no funcionamento DDA, resolvemos elaborar, com base empírica advinda da experiência clínica, uma tabela com cinqüenta critérios sugeridos para DDA na população adulta. Procuramos, dentro do que foi possível, buscar critérios relacionados com a vida cotidiana, visando facilitar a auto (de si próprio) e/ou hetero (do outro) identificação, bem como seu entendimento prático.

Ao ler a lista a seguir, considere a freqüência e a intensidade com as quais as situações ocorrem e pense na possibilidade de caracterizar um funcionamento DDA se, pelo menos, trinta e cinco das opções forem positivas. Cabe destacar, ainda, que a lista foi subdividida em quatro grandes grupos para enfatizar situações decorrentes dos sintomas primários do DDA (desatenção, hiperatividade e impulsividade), bem como situações secundárias, ou seja, aquelas que quase sempre aparecerão como conseqüência do próprio ”desgaste” do cérebro DDA e das dificuldades crônicas enfrentadas por essas pessoas nos diversos setores de suas vidas afetiva/ familiar, social e profissional.

1° Grupo: Instabilidade da atenção:

1. Desvia facilmente sua atenção do que está fazendo, quando recebe um pequeno estímulo. Um assobio do vizinho é suficiente para interromper uma leitura.

2. Tem dificuldade em prestar atenção à fala dos outros. Numa conversa com outra pessoa tende a captar apenas ”pedaços” soltos do assunto.

3. Desorganização cotidiana. Tende a perder objetos (chaves, celular, canetas, papéis), atrasar-se ou faltar a compromissos, esquecer o dia de pagamento das contas (luz, gás, telefone, seguro).
4. Freqüentemente apresenta ”brancos” durante uma conversa. A pessoa está explicando um assunto e no meio da fala esquece o que ia dizer.
5. Tendência a interromper a fala do outro. No meio de uma conversa lembra de algo e fala sem esperar o outro completar seu raciocínio.
6. Costuma cometer erros de fala, leitura ou escrita. Esquece uma palavra no meio de uma frase ou pronuncia errado palavras longas como ”cineangiocoronariografia”.
7. Presença de hiperfoco (concentração intensa em um único assunto num determinado período). Um DDA pode ficar horas a fio no computador sem se dar conta do que acontece ao seu redor.
8. Dificuldade de permanecer em atividades obrigatórias de longa duração. Participar como ouvinte de uma palestra em que o tema não seja motivo de grande interesse e não o faça entrar em hiperfoco.
9. Interrompe tarefas no meio. Um DDA freqüentemente não lê um artigo de revista até o fim, ou ouve um CD inteiro.

2° Grupo: Hiperatividade física e/ou mental

10. Dificuldade em permanecer sentado por muito tempo. Durante uma palestra ou sessão de cinema costuma mexer-se o tempo todo na tentativa de permanecer em seu lugar.
11. Está sempre mexendo com os pés ou as mãos. São os indivíduos que têm os pés ”nervosos”, girando suas cadeiras de trabalho, ou que estão sempre com suas mãos ocupadas, pegando objetos, desenhando em papéis ou ainda ajeitando suas roupas ou seus cabelos.
12. Constante sensação de inquietação ou ansiedade. Um DDA sempre tem a sensação de que tem algo a fazer ou pensar, de que alguma coisa está faltando.
13. Tendência a estar sempre ocupado com alguma problemática em relação a si ou com os outros. São as pessoas que ficam ”remoendo” sobre suas falhas cometidas, ou ainda sobre os problemas de amigos ou conhecidos.
14. Costuma fazer várias coisas ao mesmo tempo. É a pessoa que lê e vê TV ou ouve música simultaneamente.
15. Envolve-se em vários projetos ao mesmo tempo. Um exemplo é a pessoa que tem várias idéias simultaneamente e acaba por não levar a cabo nenhuma delas em função desta dispersão.
16. Às vezes se envolve em situações de alto risco em busca de estímulos fortes, como dirigir em alta velocidade.
17. Freqüentemente fala sem parar, monopolizando as conversas em grupo. É a pessoa que fala sem se dar conta de que as outras estão tentando emitir suas opiniões (além de não se dar conta do impacto que o conteúdo do seu discurso pode estar causando a outras pessoas).

3° Grupo: Impulsividade

18. Baixa tolerância à frustração. Quando quer algo não consegue esperar, se lança impulsivamente numa tarefa, mas, como tudo na vida requer tempo, tende a se frustrar e desanimar facilmente.
19. Costuma responder a alguém antes que este complete a pergunta. Não consegue conter o impulso de responder ao primeiro estímulo criado pelo início de uma pergunta.
20. Costuma provocar situações constrangedoras, por falar o que vem à mente sem filtrar o que vai ser dito. Durante uma discussão, um DDA pode deixar escapar ofensas impulsivas.
21. Impaciência marcante no ato de esperar ou aguardar por algo. Filas, telefonemas, atendimento em lojas ou restaurantes podem ser uma tortura.
22. Impulsividade para comprar, sair de empregos, romper relacionamentos, praticar esportes radicais, comer, jogar etc. É aquela pessoa que rompe um relacionamento várias vezes e volta logo depois, arrependida.
23. Reage irrefletidamente às provocações, críticas ou rejeição. É o tipo de pessoa que explode de raiva ao sentir-se rejeitada.
24. Tendência a não seguir regras ou normas preestabelecidas. Um exemplo seria o trabalhador que teima em não usar equipamentos de segurança, apesar de saber da importância destes.
25. Compulsividade. Na realidade a compulsão ocorre pela repetição constante dos impulsos, os quais, com o tempo, passam a fazer parte da vida dessas pessoas, como as compulsões por compras, jogos, alimentação etc.
26. Sexualidade instável. Tende a apresentar períodos de grande impulsividade sexual alternados com fases de baixo desejo.
27. Ações contraditórias. Um DDA é capaz de ter uma explosão de raiva por causa de um pequeno detalhe (por mexerem em sua mesa de trabalho, por exemplo) numa hora, e poucos momentos mais tarde, ser capaz de uma grande demonstração de afeto, através de um belo cartão, flores ou um carinho explícito. Ou ainda ser um homem arrojado e moderno no trabalho e, ao mesmo tempo, tradicional e conservador no âmbito familiar e afetivo.
28. Hipersensibilidade. O DDA costuma melindrar-se facilmente. Uma simples observação desfavorável sobre a cor de seus sapatos é suficiente para deixá-lo internamente arrasado, sentindo-se inadequado.
29. Hiper-reatividade. Essa é uma característica que faz com que o DDA se contagie facilmente com *os* sentimentos dos outros. Pode ficar profundamente triste ao ver alguém chorar, mesmo sem saber o motivo, ao mesmo tempo que pode ficar muito agitado ou irritado em ambientes barulhentos ou em presença de multidão.
30. Tendência a culpar os outros. Um DDA muitas vezes poderá culpar outra pessoa por seus fracassos e erros, como o aluno que culpa o colega de turma por ter errado em uma questão da prova, já que este colega estava cantarolando baixinho na hora,
31. Mudanças bruscas e repentinas de humor (instabilidade de humor). O DDA costuma mudar de humor rapidamente, várias vezes no mesmo dia, dependendo dos acontecimentos externos ou ainda de seu estado cerebral, uma vez que o cérebro do DDA pode entrar em exaustão, prejudicando a modulação do seu estado de humor.

32. Tendência a ser muito criativo e intuitivo. O impulso criativo do DDA é talvez a maior de suas virtudes. Pode se manifestar nas mais diversas áreas do conhecimento humano.
33. Tendência ao ”desespero”. Quando um DDA se vê diante de uma dificuldade, seja ela de qualquer ordem, ele tende a vê-la como algo impossível de ser transposto e com isso sente-se tomado por uma grande sensação de incapacidade. Sua primeira reação é o ”desespero”. Só mais tarde consegue raciocinar e constatar o verdadeiro ”peso” que o problema tem. Isso ocorre porque seu cérebro apresenta dificuldades em acionar uma parte da memória chamada funcional, cujo objetivo é trazer à mente situações vividas no passado e utilizá-las como instrumentos capazes de ajudar a encontrar saídas para as mais diversas problemáticas. Essa memória funcional parece ser bloqueada pela ativação precoce da impulsividade que, nesse tipo de pessoa, encontra-se hiperacionada.

4°Grupo: Sintomas secundários

34. Tendência a ter um desempenho profissional abaixo do esperado para sua real capacidade.
35. Baixa auto-estima. Em geral o DDA sofre desde muito cedo uma grande carga de repreensões e críticas negativas. Sem compreender o porquê disso, ele tende, com o passar do tempo, a ver-se de maneira depreciativa e passa a ter como referência pessoas externas e não ele próprio.
36. Dependência química. Pode ocorrer como conseqüência do uso abusivo e impulsivo de drogas durante vários anos.
37. Depressões freqüentes. Ocorrem em geral por uma exaustão cerebral associada às frustrações provenientes de relacionamentos mal sucedidos e fracassos profissionais e sociais.
38. Intensa dificuldade em manter relacionamentos afetivos, conforme será visto na parte referente à dificuldade afetiva dos DDAs.
39. Demora excessiva para iniciar ou executar algum trabalho. Tais fatos ocorrem pela combinação nada produtiva de desorganização aliada a uma grande insegurança pessoal.
40. Baixa tolerância ao estresse. Toda situação de estresse leva a um desgaste intenso da atividade cerebral. No caso de um cérebro DDA, esse desgaste apresentar-se-á de maneira mais marcante.
41. Tendência a apresentar um lado ”criança” que aparecerá, por toda a vida, na forma de brincadeiras, humor refinado, caprichos, pensamentos mágicos e intensa capacidade de fantasiar fatos e histórias.
42. Tendência a tropeçar, cair ou derrubar objetos. Isso ocorre em função da dificuldade do DDA de concentrar-se nos atos e de controlar ou coordenar a intensidade de seus movimentos.
43. Tendência a apresentar uma caligrafia de difícil entendimento.
44. Tensão pré-menstrual muito marcada. Ao que tudo indica, em função das alterações hormonais durante esse período, que intensificam os sintomas do DDA. A retenção de líquido que ocorre durante os dias que antecedem a menstruação parece ser um dos fatores mais importantes.

45. Dificuldade em orientação espacial. Encontrar o carro no estacionamento do *shopping* quase sempre é um desafio para um DDA.
46. Avaliação temporal prejudicada. Esperar por um DDA pode ser algo muito desagradável, pois em geral sua noção de tempo nunca corresponde ao tempo real.
47. Tendência à inversão dos horários de dormir. Em geral adormece e desperta tardiamente, por isso alguns deles acabam viciando-se em algum tipo de hipnótico.
48. Hipersensibilidade a ruídos, principalmente se repetitivos,
49. Tendência a exercer mais de uma atividade profissional, simultânea ou não.

E, finalmente, o último critério, que não se enquadra em nenhum dos quatro grupos de sintomas, mas tem sua relevância confirmada pelos estudos que apontam participação genética marcante na gênese do DDA:

50. História familiar positiva para DDA.

O traço DDA

Muitos podem consultar esta tabela e se sentirem confusos. Afinal, tenho ou não DDA? Isso acontece quando você percebe que se encaixa bem em algumas características, mas não em sua maioria. Na verdade, algumas características são, justamente, até o contrário das suas ou de seu comportamento.

O DDA varia grandemente em intensidade, nas características e na forma como se manifesta. Pode-se dizer, em tom de brincadeira, que existe desde um ”DDAzinho” até um ”DDAzão”.

O fato é que muitas pessoas não preenchem os critérios diagnósticos para DDA, mas apresentam, inequivocamente, alguns de seus sintomas. Em outros casos, elas podem até ter vários sintomas, mas com intensidade e freqüência insuficientes para caracterizar um caso clássico de DDA.

Em situações como essas, costuma-se usar o conceito de *traço.* O que é um traço de um transtorno psiquiátrico?

Bem, quando se olha um desenho tracejado, com linhas descontínuas e formas incompletas, consegue-se entrever sua totalidade. Pode-se saber o que está desenhado, embora vejamos claramente que o desenho não está completo. O que vemos são traços, mas há uma forma ali.

Quando se recolhem informações de um paciente, tenta-se identificar o diagnóstico para o qual estas apontam. Muitas vezes, consegue-se defini-lo; porém, em outras ocasiões, não se pode estabelecer o diagnóstico de forma definitiva. Os traços formam o esboço de algo, mas não são suficientes para se fazer a ”arte-final”. No entanto, um esboço não é uma figura amorfa. Ele aponta para algo.

No caso do DDA, pode-se não fechar o diagnóstico, mas vê-se claramente o esboço ali: traços de DDA. Mas de onde vêm esses traços? Esta pessoa não é DDA. Por outro lado, também não é ”normal”.

Na verdade, hoje em dia já não se acredita que exista uma pessoa “normal”, pelo menos do ponto de vista do funcionamento cerebral. Possivelmente não existe um cérebro perfeito, cujas áreas e funções tenham um desempenho

homogêneo e com o máximo de suas capacidades. Segundo o médico norte-americano John Ratey, em seu livro *Síndromes silenciosas, a* existência desse cérebro perfeito não só é improvável como também não seria desejável.

Improvável porque o cérebro humano ainda está em pleno desenvolvimento. Como espécie, os seres humanos ainda engatinham em comparação a outros seres existentes ou já extintos. Ainda haverá muitas mudanças. Qualquer pessoa pode observar que os bebês nascidos nos dias de hoje abrem os olhos mais rapidamente que os de vinte anos atrás. Ou de quanto o tamanho dos pés femininos aumentou. Isso só para citar mudanças extremamente visíveis e conhecidas pelas pessoas em geral. O mesmo se dá com o cérebro, embora não tão evidentes ou mensuráveis. Hoje em dia, o cérebro precisa lidar com quantidades de informação e de estímulo muito maiores que cem anos atrás, infinitamente maiores que há milhares de anos! Então, ao mesmo tempo que a espécie evolui, o ambiente também se torna mais exigente e repleto de dados para serem processados.

Um cérebro teoricamente ”normal” também seria pouco desejável, pois tal normalidade talvez atrapalhasse o desenvolvimento de aptidões específicas *e* talentos que se tornam possíveis pelo maior desenvolvimento de uma determinada área ou função do cérebro, em detrimento de outras. Como seria isso?

Muito provavelmente, um talento em Matemática não terá o mesmo brilhantismo em linguagem ou em habilidades de interação social. Ao passo que um talentoso romancista não será uma sumidade em Física. Ter um cérebro incrivelmente dotado para o desenvolvimento de capacidades lingüísticas implica, talvez, um não tão fantástico desenvolvimento e desempenho em outras capacidades cognitivas.

Uma criança autista, por exemplo, pode ser potencialmente talentosa em áreas como desenho e computação, apesar de seus déficits em interação social e em linguagem. Assim, é provável que ser dotado em alguma habilidade implique uma relativa fraqueza em outras. Além disso, forçar essa criança autista a desenvolver habilidades de comunicação pode causar um retraimento no desenvolvimento de suas capacidades potenciais.

Esse improvável cérebro cujas áreas de funcionamento sejam homogêneas, sem nenhum déficit, também pode, em contrapartida, não possuir nenhum ”superávit”. Não tem problema em nada, mas, por outro lado, não é bom em nada.

Os cérebros das pessoas variam enormemente entre si e com relação a seus pontos fortes e fracos em função de variáveis tais como hereditariedade, condições que afetam a concepção e desenvolvimento intrauterino, condições de crescimento e quantidade, e qualidade dos estímulos oferecidos pelo meio ambiente no qual as pessoas estão inseridas.

Já que esse cérebro perfeito não existe, é comum se deparar com pessoas que, por não apresentarem nenhuma forma desenvolvida e manifesta de um transtorno mental, apresentam ”traços” de um ou outro transtorno. É provável que os transtornos mentais sejam exacerbações disfuncionais de características bastante comuns nas pessoas em geral. A pessoa muito organizada e sistemática pode ter muito em comum com a que sofre de TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo). A diferença é que aquela não apresenta nenhum comportamento disfuncional nem sofrimento significativo em função dessas suas características.

Pelo contrário, elas podem ser até bastante úteis e vantajosas. O que caracteriza a pessoa com TOC como sendo portadora de um transtorno é o intenso sofrimento e os prejuízos acarretados à sua capacidade de funcionar bem no cotidiano. O critério de distinção é quantitativo.

Uma coisa é ser uma pessoa preocupada com limpeza, outra é uma pessoa que se lava repetidamente sem necessidade e que deixa de sair à rua e cumprimentar pessoas com medo de contaminar-se. Esta última está sofrendo e encontra-se completamente tolhida.

De forma semelhante, podem-se ver pessoas um tanto desorganizadas e agitadas, mas que não são impulsivas a ponto de pôr em risco seus relacionamentos, nem tão caóticas para chegar a ter o emprego ameaçado. E que, acima de tudo, não se culpam nem sofrem intensamente por causa de falhas que têm dificuldades em evitar. Pessoas ”levemente” DDAs podem não ter problemas causados pelas características do transtorno na mesma intensidade que levam os ”inegavelmente” DDAs a buscar ajuda em consultórios médicos. E, caso tenham, será mais uma vez o grau de sofrimento e os prejuízos acarretados às suas atividades cotidianas que definirão se irá procurar ajuda por meio de tratamento.

Em Medicina, usa-se o termo *forme fruste* para casos brandos de transtornos mentais. Aqui será abordado um pouco mais da *forme fruste* do DDA.

O adulto ”levemente” DDA por certo não deve ter muitas reclamações a fazer. Ele é dotado de um alto nível de energia e entusiasmo. Sua ligeira desorganização não é suficiente para atrapalhar o andamento de seus projetos. No trabalho, pode-se dizer que, quando sob pressão e desafio, esta pessoa consegue sair-se melhor ainda.

Se você conhece uma pessoa cuja definição mais freqüente que se ouve dela é algo como ”ela é cheia de pique”, você pode estar diante de alguém com DDA brando. Poderia ser o DDA ”completo” também? Poderia, mas é possível diferenciar um do outro pela quantidade e intensidade de sintomas, como já foi dito. Se essa pessoa cheia de pique não apresenta tantos comportamentos e falas impulsivas, se não parece sofrer de baixa auto-estima crônica e consegue lançar âncora quando sente que está indo à deriva, então ela pode apresentar traços de DDA.

Infelizmente, é raro uma pessoa com traços de DDA chegar a um consultório médico queixando-se de seus sintomas. Como na maioria dos casos, ela pode estar com outros problemas que julga mais relevantes quando se queixa ao psiquiatra e freqüentemente considera seu jeito agitado e um pouco confuso como parte de si mesma, de sua própria personalidade. Aliás, é comum que até gostem bastante de seu ”jeitinho” e não queiram mudá-lo em nada. Afinal, como já foi dito, ter alguns desses traços pode ser até bastante favorável em determinados contextos.

No entanto, algumas vezes a desorganização, a tendência a protelar e o estilo pouco objetivo podem causar incômodos a essa pessoa. Pode-se indagar se deveria então buscar tratamento. A resposta é afirmativa, se o grau de desconforto experimentado por ela for suficiente para causar-lhe prejuízo em suas atividades cotidianas. Certamente, tais traços ”caem mal” em alguém que trabalhe em funções burocráticas, rotineiras ou repetitivas, diferentemente de alguém que atue em funções não tão rígidas e calcadas no exercício da criatividade, como um

compositor ou artista. Assim, a decisão pelo tratamento será baseada em um exame cuidadoso do nível de desconforto experimentado pelo indivíduo *e* da solicitação das exigências ambientais ao seu redor.

Nas duas faces de Eva.
A bela e a fera. um certo *sorriso de quem nada quer.*
Sexo frágil, não foge à luta.
E nem só de cama vive a mulher.
Por isso não provoque.
É cor de rosa-choque

"Cor de rosa-choque"
(Rita Lee e Roberto de Carvalho)

CAPÍTULO 3 - MULHERES E DDA

um preço muito alto a ser pago e a via-crucis antes do diagnóstico acertado: a rainha do lar em xeque...

Todo dia era sempre a mesma coisa. Mal começava a dar sua aula, a professora primária se via às voltas com as reações em cadeia provocadas na classe por Flavinho. Aquele menino endiabrado e, ainda assim, adorável, apelidado pelos colegas de ”o Pestinha”, menos por ter o mesmo cabelo liso e acobreado do protagonista do filme homônimo, porém, mais pelo mesmo comportamento. Ou melhor, falta de.

Seus movimentos eram mais rápidos do que o olhar da professorinha podia acompanhar, restando a ela sentir o deslocamento de ar por ele provocado. Popularmente falando, ele deixava um ”ventinho” por onde passava, além de causar enorme ansiedade à pobre ”tia”, que, além de todos os afazeres, ainda precisava localizar o menino em aula, já que sentado quieto em sua carteira certamente não estaria. Isso sem falar na bagunça generalizada, nos ”crashs”, ”turns” e ”aaiiis” que faziam seu coração disparar.

Sim, ela já tinha ouvido falar em meninos assim na faculdade de Pedagogia. Ele só podia ser hiperativo! Precisava falar com a psicopedagoga da escola, pois ele devia ter o chamado Distúrbio do Déficit de Atenção.

Totalmente preocupada em pôr fim à guerrinha de bolinhas de papel iniciada por Flavinho, a jovem professora estava alheia por completo à menina sentada na fila da parede, lá pelo meio da sala, olhando pensativa pela janela e que parecia não se dar conta da divertida bagunça que campeava entre seus coleguinhas. Todos os dias eram assim e aparentemente não havia por que se preocupar com aquela tranqüila menininha, que mal se mexia em sua cadeira. Mas o que a professora não sabia era que por debaixo da antiga carteira escolar de madeira escura, inteiriça, um par de pezinhos balançava irrequieto, na mesma velocidade dos pensamentos de sua dona, que... ”...adoraria estar cavalgando sobre aquela nuvem. Ela parece um camelo do deserto. Ou seria um dro... um dromedário... Ah, não sei! Mas um tem duas corcundas, outro tem uma. O daquela nuvem só tem uma, E deve ser bem macia, tipo algodão... e eu veria tudo pequenino lá de cima...”. Então seus olhos captaram algo dourado movendo-se por sobre o muro da escola, lá embaixo. ”Nossa! Nunca vi um gato tão gordo! E amarelo! E lindo! Parece o Pikachu! Como naquele episódio em que ele pulava a cerca...”

A menininha sonhadora tinha os movimentos do corpo um tanto contidos, mas sua mente saltava rapidamente de um devaneio a outro, ainda mais veloz que as perninhas incansáveis de seu colega ”pestinha”. Seu nome só era lembrado na hora da chamada. Absorta em sua fértil imaginação, ela estava alheia ao ditado que a jovem professorinha estava começando a passar. Por causa disso, seria mais tarde duramente repreendida em casa e, muito nova ainda para relativizar as coisas, aceitaria de pronto todos os adjetivos com que seus pais a definiam: preguiçosa, relaxada, ”abilolada”.

Invisível para sua professora, que, preocupada demais com Flavinho, só a notava momentaneamente, quando percebia sua desatenção aos deveres em sala de aula, ela atravessaria os anos sofrendo com sua distratibilidade crônica, ainda

que criativa, perdendo auto-estima, à medida que ganhava altura e peso. E hormônios.

Seu colega Flavinho, diagnosticado precocemente, não precisou passar pela mesma carga de sofrimento.

“Passando batido”: o DDA feminino

Diferentemente dos homens, mulheres com DDA podem muitas vezes passar incógnitas aos olhos mais atentos. Entre elas, predomina o tipo sem hiperatividade, ao contrário de seus pares masculinos. Tal diferença, determinada por particularidades biológicas dos sexos, além do auxílio do componente cultural, pode contribuir para a aparente superioridade numérica da população masculina entre os que têm o diagnóstico de DDA. Sabe-se que para cada mulher com DDA, em média, há dois homens, segundo estudos recentes (esta proporção já foi considerada de cinco para um, em média). No entanto, permanece a dúvida sobre se o DDA é realmente mais freqüente em homens, ou se é apenas subdiagnosticado em seus pares femininos. Antes de as pesquisas lançarem maior luz sobre o tipo não-hiperativo, meninas talvez até pudessem ser diagnosticadas como tendo Distúrbio do Déficit de Atenção, *SE* fossem do tipo hiperativo.

O tipo hiperativo é o menos freqüente na população feminina, mas, do mesmo modo como em meninos, meninas endiabradas dificilmente passam despercebidas. Ironicamente, isso poderia ser chamado de sorte. Elas podem ser precocemente diagnosticadas e assim poupadas da tortuosa via-crúcis que suas semelhantes do tipo desatento irão atravessar, antes de descobrirem a causa de tanta confusão em suas vidas: a desorganização; os esquecimentos; a sensação de serem abandonadas neste mundo à própria sorte, sem jamais conseguirem se adaptar neste planeta cheio de horários a cumprir; as tarefas meticulosas; os prazos; as obrigações; e os filhos.

O preço a ser pago, quando o diagnóstico de DDA não é feito, é bastante alto para uma mulher. Diferentemente dos homens, das mulheres se espera que sejam atentas, calmas e dedicadas. Que sejam organizadas e seus gestos delicados. Atributos indispensáveis ao papel de boa esposa e boa mãe. Se não forem assim tão caprichosas e prendadas, elas vergam sob o peso da crítica e do julgamento externo.

Aliás, antes mesmo de chegarem à vida adulta, já sofrem com as constantes reprimendas. Sua letra não é tão bem-feita quanto à da colega impecavelmente engomadinha ao seu lado. Seu caderno não é muito organizado. Sua mochila contém um amontoado de papeizinhos amassados, lascas de lápis apontados, canetas sem tampas, tampas sem canetas. Com ou sem canetas, todas as tampas mordidinhas. Sua dificuldade em organizar-se e concentrar-se gera intensa ansiedade e depressão, não só pela condenação implícita ou explícita no escrutínio de familiares, professores e colegas, mas também pelo próprio desconforto e prejuízo que estas características em si já carregam.

Conforme a menina vai crescendo, tornando-se uma adolescente e mulher, aumenta a carga de responsabilidade e a exigência das tarefas que deva cumprir, seja no âmbito acadêmico, seja no laboral.

A dificuldade em manter-se atenta, concentrada e levar seus afazeres a cabo pode ser agravada pelo grau de complexidade e responsabilidade crescente, inerente às ocupações de um ser humano adulto. Mas, agora, sendo adulta, a mulher com DDA não pode mais contar com a complacência que costuma ser dispensada às crianças. Muito pelo contrário, se ela já for mãe, deverá ser capaz de *dispensar* tal complacência, caso queira ser considerada uma boa mãe. De qualquer forma, independentemente de querer ou não fazer jus a esse rótulo, a sociedade a julgará por essa e outras habilidades. Assim, pelo que se pode ver, mulheres com DDA podem passar por dificuldades bem específicas, durante seu desenvolvimento, diversas daquelas dos homens.

A seguir, será dado um breve passeio pelas fases que uma mulher com DDA costuma atravessar.

Aos trancos e barrancos

Durante a infância, a menina com DDA provavelmente será aquela sonhadora que não chama muita atenção sobre si na sala de aula, já que em meninas é mais freqüente o tipo predominantemente desatentivo. Sofrem com suas constantes distrações e desorganização e tendem a apresentar depressão e ansiedade em nível muito maior e recorrente que em meninas da mesma idade sem DDA, ou mesmo em relação a seus pares masculinos com DDA. Quase sempre se sentem atoladas e ansiosas com as demandas da vida escolar. Apresentam dificuldades em completar suas tarefas e mesmo que estejam bravamente lutando para prestar atenção ao que o professor diz, suas mentes escorregadias acabam por ficar silenciosamente à deriva em terras distantes, paragens de sonho, recordações de acontecimentos, antecipações do que está por vir; enfim, em múltiplos mundos paralelos. A mocinha sonhadora, citada no início desta seção, pode ser facilmente identificada nesse grupo. Sendo tão distraída e muitas vezes imperceptível socialmente, pode ser erroneamente considerada menos inteligente do que é na verdade. Afinal, a despeito dos prejuízos que possa trazer, sua mente flutuante é freqüentemente muito criativa, já que produz imagens, sons e diálogos quase que incessantemente.

É interessante acompanhar o depoimento de Sílvia, 40 anos, mãe de duas meninas, que veio buscar tratamento para uma delas que apresentava sintomas de DDA e descobriu-se, por meio de conversas sobre sua infância, que ela também o era. E do tipo mais desatento:

”Não sei quantas vezes durante a minha infância ouvi frases do tipo ’presta atenção, menina!’, ’cuidado, não vá quebrar a louça’, ’essa menina vive no mundo da lua, parece que viu o passarinho verde’. Até hoje ecoam no ar vindas do passado, despertando-me de meus devaneios.

Desajeitada e sonhadora. Assim era vista na infância. Aos quarenta anos continuo desajeitada. Os sonhos, esses já não são tão intensos, mas recorro a eles nos momentos em que minha vida parece sem sentido. E eu penso assim quase o tempo todo.

Por ter dificuldade em me concentrar e em ser organizada, minhas tarefas escolares foram deveras prejudicadas. À medida que eu crescia e, conseqüentemente, também meus afazeres e responsabilidades, mais difícil se

tornava conciliar tudo. Isso me causava grande vergonha. Sentia-me incapaz e não queria que os outros percebessem. A única saída que encontrei na época foi diminuir minhas ambições.

Sonhava em trabalhar na área de turismo para conhecer o mundo todo. Queria também ser dançarina moderna. Achava lindo quando via na televisão ou ia assistir a um espetáculo de dança. Meus planos incluíam ainda um grande amor, um homem bonito, inteligente e apaixonado, que me levaria ao altar... Pura ilusão...

Eu me perdia dentro de minha própria cidade. O que não aconteceria caso me lançasse mundo afora, Deus meu?! E dançar então? Em um rodopio seria capaz de derrubar todos os bailarinos de uma só vez.

Restou-me o casamento. Tenho duas lindas meninas, uma delas DDA, e já me vejo bastante atrapalhada com os cuidados da casa. Mas, enfim, vou levando. Meu marido está longe de ser um príncipe, mas também não é nenhum sapo!"

Agora, imagine essa mesma mente veloz e irrequieta acompanhada de uma boquinha nervosa ou então de todo um corpinho serelepe. Embora não tão numerosas quanto as sonhadoras, também encontram-se as meninas com DDA tagarelas e as hiperativas.

As menininhas falantes seriam um tipo intermediário (o tipo combinado) entre as quietas meninas sonhadoras e as incansáveis molequinhas bagunceiras (o tipo predominantemente hiperativo/impulsivo). Conversadeiras, dotadas de uma matraca eficiente, também acabam sendo muito distraídas, uma vez que há tantas coisas ao redor mais interessantes e que atraem irresistivelmente sua atenção já bastante fluida. Na sala de aula estão a passar bilhetinhos, a fofocar com os coleguinhas, desenhando, falando, escrevendo, ou fazendo qualquer coisa que não seja propriamente prestar atenção ao que o professor está fazendo ou dizendo. Isso ocorre, pelo menos, não mais do que alguns minutos. Elas bem que tentam, e também sofrem com isso. Mas seus olhos e ouvidos sensíveis não conseguem filtrar estímulos irrelevantes ao contexto e simplesmente não podem se furtar a descobrir de onde veio aquele ruído, aquele movimento e se inteirar do bate-papo dos coleguinhas a seis carteiras de distância. Simpáticas e contadoras de histórias, as tagarelas provavelmente serão as líderes de seus grupinhos, já que são tão gregárias e elaboram historinhas e brincadeiras criativas. No entanto, sofrem também com a dificuldade de concentração, de começar e levar a cabo seus afazeres e acabam por se sentirem permanentemente sobrecarregadas por tarefas inacabadas, prazos que se aproximam além de exigências escolares e de comportamento que se fundem, como uma bola de neve que tentam girar novamente rumo ao topo da montanha. O resultado é quase sempre uma contínua sensação de esgotamento...

Eis como Analice retratou sua infância. Hoje, aos 29 anos e trabalhando como publicitária, ela descreve alguns dias típicos de sua vida atual:

"Não me convidem que eu vou! Esta frase parece definir bem minha conturbada vida. A festa vai ser legal, a viagem divertida, o jantar especial... mas descubro tarde demais que todos esses convites irrecusáveis estão marcados para o mesmo dia. E o pior é que tenho um trabalho inadiável para entregar.

Fico além do expediente terminando o trabalho e consigo entregá-lo no último segundo. Sob pressão, meus trabalhos saem ainda mais estupendos!

Vou ao jantar e horas depois atravesso a cidade em tempo de aproveitar um pouco da festa. A viagem infelizmente fica para a próxima.

Fico tão cansada que meu fim de semana acaba na sexta-feira. E o pior é que meus amigos ainda ligam reclamando da minha falta de atenção. Que sufoco!”

Aquela sensação de esgotamento experimentada pelas meninas e mulheres tipo tagarela é desconhecida por suas colegas hiperativas. Estas meninas são as que quase sempre são apelidadas com algum termo pejorativo com que maldosamente buscam associá-las acaracterísticas masculinas: ”Joãozinho”, ”Maria Machadinha” e ”Molequinho” são apenas alguns desses termos com que essas meninas ”cinéticas” são rotuladas. Tal como os meninos, são facilmente divisadas em meio a um grupo de crianças, na vizinhança, na sala de aula. Bagunceiras, ousadas e freqüentemente respondonas, dificilmente irão se divertir com as brincadeiras tipicamente talhadas para as meninas. Brincar de casinha? Só se a casinha estiver pegando fogo e ela for a heroína que salvará a família da ”flambagem” certa. Ser a mamãe e fazer comidinha certamente a faria bocejar, pois tal tipo de brincadeira não oferece estimulação que a atrai e que ela necessita para se manter concentrada e interessada. Daí, não se precisa imaginar muito para concluir que, provavelmente, ela poderá ter problemas de relacionamento com seus coleguinhas. Ela tem dificuldades em se adaptar à placidez da maioria dos brinquedos femininos e sente-se talvez atraída pela maior atividade proporcionada pelas traquinagens dos garotos. Mas enfrenta a possibilidade de rejeição ou de não poder acompanhá-los no nível de risco e agressividade de suas brincadeiras. Afinal, ela não deixa de ser uma menina.

Valéria, professora de Educação Física e agora com 33 anos, descreve um pouco esta sua tendência à ação:

”Quando tinha 15 anos conheci o César e tive certeza de ter encontrado o companheiro ideal, alguém tão atirado na vida quanto eu. Costumávamos acampar com amigos até que resolvemos que seria melhor viajarmos sozinhos, pois ninguém acompanhava o nosso ritmo. Sentíamos tédio ao ver nossos companheiros enrolados no cobertor, assando churrasquinho, enquanto nós já havíamos percorrido todos os lugares charmosos, cachoeiras perigosas e trilhas íngremes da região.

Gostava de voar de asa-delta, mergulhar e praticar alpinismo. Meus pais viviam em estado de alerta, mas tiveram que se acostumar, na medida do possível, ao meu ritmo.

Formei-me em Educação Física, e César em Engenharia. Casamos e depois de alguns anos ele foi ficando acomodado e eu continuava cada dia mais agitada. Comecei a me sentir sufocada e, apesar de amar meu marido, não agüentei a rotina e acabamos nos separando.

Hoje moro em São Paulo, onde tenho uma academia. Estou cursando a faculdade de Veterinária, pois pretendo ter um haras. Continuo praticando todos os esportes radicais, que são a paixão da minha vida, e pretendo montar uma escola dedicada a esses esportes. Para quem me acha agitada, eu respondo: ’Para mim nada nunca é demais.’ Eu quero viver a minha vida em toda a sua plenitude e, se puder, ainda mais um pouco.”

Todo o processo de desenvolvimento das meninas DDA, em qualquer um de seus três tipos, é marcado por questões muito próprias. Ao fato de ser mulher

em culturas caracterizadas por papéis um tanto rígidos atribuídos aos sexos, se acrescenta ainda o detalhe de serem DDAs. Mulheres DDAs podem ser muitas coisas, menos convencionais. Tal característica já pode ser percebida na infância, mas é no florescer da adolescência que se reveste de contornos bem nítidos. Período sabidamente complicado, que, quando atravessado por uma jovem DDA, torna-se cornplicado e meio. Nessa fase aumentam as exigências e tornam-se mais complexas as tarefas de qualquer pessoa. Agora, imagine como essa fase pode ser dolorida para alguém que se vê às voltas com sua atenção inconstante.
No entanto, outras características tornam essa adolescente, não raras vezes, uma figura popular em seu grupo (principalmente aquelas que, quando crianças, faziam o tipo ”falante”). Dinâmicas e inventivas, dotadas da criatividade peculiar aos DDAs, com seus pensamentos, gestos e dizeres às vezes fora do padrão, essas jovens, quando se tornarem mulheres, provavelmente se encaixarão com perfeição na descrição da música de Guilherme Arantes, ”Cheia de charme”, notadamente no trecho em que fala do desejo de se aventurar, de revolucionar. Suas presenças são marcantes no mundo artístico, no *show business* e, certamente, são uma boa parte das mulheres que desafiam regras e rompem com tabus, pioneiras no campo da política, do trabalho, das artes e das ciências. A cômoda posição exclusiva de mãe de família e dona-de-casa, anteriormente reservada às mulheres, certamente não teve o poder de anestesiar essas mentes inquietas e fervilhantes. Elas foram à luta pelo direito de exercer atividades que lhes proporcionassem a estimulação de que tanto necessitavam e, mais do que isso, de abrir as portas do mundo em movimento a todas as mulheres, que antes só podiam contemplá-lo por entre as cortinas da janela.

Não é preciso pensar muito para concluir que, justamente por tais características, essas adolescentes e mulheres, mais do que outras, podem sofrer sob o jugo desaprovador da sociedade patriarcal. Apesar de serem freqüentemente verdadeiros dínamos, quase sempre desenvolverão baixa auto-estima. Afinal, desde cedo, acostumaram-se a ouvir observações sobre sua falta de modos, sua desorganização, desleixo e falta de ”capricho”. Críticas que meninos normalmente não costumam ouvir, pois meninos são meninos. Mas meninas têm um papel a cumprir, cujas exigências principais seriam não dar trabalho e nem chamar atenção sobre si, ficando quietas e bonitinhas no seu canto. Suas qualidades mais evidentes, tais como criatividade, energia e iniciativa, não são estimuladas e reforçadas, na maioria das vezes. Para isso, a família precisaria ter conhecimento sobre o que é o DDA e como essas meninas podem ser especiais. Se o problema fosse compreendido, quem sabe tivessem seus talentos inatos descobertos e desenvolvidos e não acabassem tão massacradas com exigências de comportamento impecável que, mesmo sendo úteis e desejáveis em determinados contextos, não fomentam a criatividade e nem desenvolvem a capacidade de iniciativa. O fato é que elas chegam à adolescência e idade adulta quase sempre se auto-recriminando a cada passo, cada atitude, pensamento e declaração fora do padrão imposto. Para a maioria dessas mulheres, ninguém está lá para lhes dizer que é esta justamente a sua marca, que dessas características provavelmente emergirão seus talentos e que elas devem buscá-los e desenvolvê-los.

A tendência aos devaneios e os freqüentes esquecimentos podem trazer alguns problemas para a mulher DDA, principalmente se ela exercer função burocrática em seu trabalho. No entanto, isso pode ser perfeitamente compensado se, em seu trabalho, forem valorizadas sua inventividade e criatividade, e também pela busca de ajuda especializada no sentido de maximizar sua capacidade de organização e atenção, tornando sua mente irrequieta mais apta a deixar florescer todas as vantagens que o funcionamento DDA pode proporcionar, principalmente para uma mulher.

A “rainha do lar” em apuros

Uma questão de extrema importância e que muito sofrimento pode causar a uma mulher DDA está relacionada aos seus afazeres de esposa e mãe. Ao mesmo tempo que essa ocupação pode não ser estimulante para uma mulher DDA, também exige uma meticulosidade e ordenação que pode deixá-la exasperada. Acrescente-se a isso tudo o já bastante discutido problema de que provavelmente ela será severamente criticada por causa da sua eficiência incompleta ou sua aparente falta de interesse em manter o lar organizado. Para uma mulher não-DDA, não são nada simples tarefas como contas a pagar, arrumação dos materiais escolares dos filhos, horários, escolha dos alimentos e tantas outras aparentemente prosaicas. Imagine para uma mulher DDA. A questão aqui é: a mulher que exerce suas tarefas de dona-de-casa tem como principal função a organização. Mas um DDA precisa de estrutura. Neste caso singular, a mulher DDA tem que ser a estrutura. Ela deve ordenar a casa em meio à sua desordenada aceleração mental.

Homens normalmente podem contar com um sistema de apoio. Na maioria das culturas, eles não precisam se preocupar com questões do tipo: organização do lar, educação e alimentação dos filhos, abastecimento da casa e outras demandas que grande parte considera até como afazeres menores. Mulheres dificilmente contam com um sistema de apoio, por uma simples razão: elas são este sistema de apoio, ou, pelo menos, se espera que sejam. Afinal, normalmente já são criadas para isso. Em suas brincadeiras típicas e nos brinquedos projetados para elas pela indústria de entretenimento, vão sendo familiarizadas aos poucos com a casinha, comidinha, bebês e mamadeiras. Uma menina DDA muito provavelmente poderá passar bem por essa fase, posto ser uma brincadeira. Elas podem dormir, estudar ou brincar de outras coisas, abandonando o brinquedo anterior, pois o bebê boneco não irá chorar e nem a comidinha irá queimar. Mas também é bastante provável que já a esta altura demonstrem um interesse maior por diversões mais estimulantes como *vídeo game,* brincadeiras de pique e disputas em jogos competitivos. As bonecas de várias delas podem estar com os cabelos artificiais desgrenhados cuja maior utilidade pode ser a de servir como alça para o brinquedo, tal como as orelhas do coelho de pelúcia da personagem de quadrinhos Mônica. Diríamos então tratar-se de uma típica menina DDA. Agora, imagine essa menina crescida, tendo todas aquelas atribuições e quase sempre sem poder falhar, uma vez que dependem delas a vida e o bem-estar de outras pessoas. Quase sempre com a mente voltada para devaneios mais agitados, ela está atada aos seus afazeres cotidianos e que se repetem *ad nauseam.* Não

existem sábados, domingos, feriados ou férias para as funções de mãe e esposa devotada. Uma mente turbinada que precisa adequar-se ao desempenho de um motor 1.0, que deve trafegar com segurança. Como a mulher DDA muitas vezes falhará em meio a tantas exigências de meticulosidade, certamente sobrevirão a culpa e o ressentimento. Não só isso, mas também o dedo em riste acusador da família e da sociedade. Alguns dos ingredientes da receita da depressão e ansiedade.

Por outro lado, a mãe e esposa DDA pode ser extremamente lúdica, criativa, divertida, amiga e cheia de pique. Seus filhos sabem que ela é incrível, que sua mamãe é ”demais”. Que não brinca com eles para entretê-los somente, ela está ali brincando mesmo, de corpo e alma nas disputas e pode sair batendo o pé se perder uma partida de jogo da memória ou banco imobiliário. O marido sabe que nem sempre pode contar com ela na hora e com perfeição, mas também sabe que nunca vai encontrar a mesma mulher todos os dias, que ela é uma companhia divertida para as saídas e aventuras, que seus amigos provavelmente irão gostar muito dela — desta mulher espirituosa. Quando ela não está por perto, seu marido sente que o astral já não é o mesmo. Suas freqüentes e súbitas mudanças de humor podem desencadear brigas homéricas, mas também podem resultar em momentos inesquecíveis de companheirismo, sexo, diversão e muitas, muitas risadas. É como estar em uma montanha-russa amorosa, com altos e baixos, mas onde jamais deixará de sentir aquele friozinho na barriga e o coração acelerado. Se esse marido compreende e tenta auxiliar sua mulher em suas dificuldades típicas, ao mesmo tempo que valoriza suas qualidades muito próprias, a mulher DDA encontrará nessa união a estabilidade da qual necessita e assim se sentirá feliz. Mas se ele exigir, de forma machista, que ela lhe sirva com perfeição e não se dispuser a ajudá-la e, pior ainda, não quiser entender suas dificuldades ou mesmo valorizar suas qualidades, então é o caos que estará ajudando a construir, não só para a esposa, mas também para si mesmo. Com a diferença de que ele, quase sempre, não será considerado culpado por isso.

À mulher DDA cabe compreender que não deve se obrigar a cumprir um papel que não é o seu, embora tenha sido estabelecido para ela, assim como para todas as mulheres. Se conseguir libertar-se de todo peso e ressentimento que desenvolveu ao longo de anos de recriminações, e também tornar-se menos sensível a críticas, então poderá trilhar o seu caminho sem culpas e sem angústias, por um atalho que poderia ter seguido, desde cedo, e sem muito sofrimento, se pudesse descobrir seus talentos naturais e desenvolvê-los, e não adequar-se a um limitado padrão, no qual muito dificilmente iria caber sem algum, ou muito, desconforto.

Eu vivo sempre no mundo da lua.
Tenho alma de artista
sou um gênio sonhador
e romântico.
Pegar carona nessa cauda de cometa.
Ver a Via-láctea,
estrada tão bonita
Brincar de esconde-esconde
numa nebulosa.
Voltar pra casa
nesse lindo balão azul.

Balão Mágico

Capítulo 4 - DDA E CRIANÇAS

a necessidade de se ajustar às regras: o bode expiatório da família...

Rafael era o primeiro filho de Sandra. Quando estava grávida, pensou que não demoraria muito até poder voltar a trabalhar. As amigas voltavam a trabalhar, quando seus filhos completavam mais ou menos dois anos de idade, mas Rafael já estava com sete e consumia ainda mais as forças de Sandra como na época em que ele era bebezinho e precisava acordar de madrugada para amamentá-lo, dar-lhe banho, enfim, quando a atenção dela deveria ser totalmente direcionada àquele pequeno ser indefeso. Só que, agora, era diferente. Não era mais o fato de ser indefeso que demandava tanto a atenção da mãe. Ele não parava. Corria, pulava, chutava e quando estava sentado, remexia-se incessantemente, parecia não ouvir nada do que sua mãe lhe dizia. O pior para Sandra é que ele se metia vez por outra em atividades perigosas. Sandra não sabia dizer se ele realmente gostava de viver perigosamente já assim tão novo, ou se ele não avaliava muito bem as situações em que se metia. Mas, até o momento de entrada na escola, Sandra achava que seu filho tinha esse temperamento difícil por sua incompetência materna e ”falta de pulso”. Ou que então ela era realmente muito ”mole”, reclamava muito e se cansava mais facilmente que as outras mães. Já tinha ouvido tantos comentários por parte de parentes, até mesmo do marido, que por fim concordou. Embora sempre permanecesse, lá no fundo, a certeza de que eles deveriam passar o dia inteiro com Rafael para que soubessem do que ela tanto reclamava. Mas então, na escola, ela pôde avaliar melhor seu filho, em comparação com as outras crianças. Estas realmente pareciam mais tranqüilas, mesmo as consideradas temperamentais pelas outras pessoas... Não demorou nada e logo começaram a surgir queixas sobre Rafael. Indisciplinado para os professores, mal-educado para as outras mães e evitado pelos coleguinhas. Seus trabalhinhos eram em grande parte malfeitos e incompletos, embora, em alguns momentos, fossem, impressionantemente, os melhores da classe. Seu desempenho era completamente imprevisível. Sandra mudou para uma escolinha melhor, na 1a série. Não se passou muito tempo, depois das primeiras confusões, a psicopedagoga do colégio chamou-a para uma conversa: seu filho tinha todos os sintomas do Distúrbio do Déficit de Atenção com hiperatividade/impulsividade e precisava de acompanhamento médico especializado. ”Então, era isso”, murmurou Sandra.

Distinguindo a criança DDA

Como já foi visto, o DDA é caracterizado por três principais sintomas: distração, impulsividade e hiperatividade. Sendo estas três características um tanto comuns na população infantil, como distinguir uma criança DDA de uma ”normal”? Afinal, são típicas da infância a agitação, as correrias, a falta de atenção em atividades encadeadas e um tanto prolongadas, principalmente se não tiverem algum atrativo especial.

O sinal que pode diferenciar uma criança DDA de outra que não seja é a intensidade, a freqüência e a constância daquelas três principais características. Tudo na criança DDA parece estar ”a mais”. Ainda mais agitada, mais bagunceira

e mais impulsiva, se for do tipo de alta atividade e significantemente mais distraída, dispersa e não-perseverante, se for daquele tipo mais desatento (certamente, um personagem fictício que melhor exemplifica uma criança DDA de tipo desatento é Calvin, das tiras em quadrinhos ”Calvin e Haroldo”). O principal instrumento de um médico, de um psicólogo ou de outro profissional habilitado que queira avaliar a possibilidade de uma criança ser DDA é pura e simplesmente a observação. Mas, claro, uma observação muito especial. um observador que deve estar treinado a captar as nuances, não só no comportamento manifesto da criança, como também deve ”pescar”, nos relatos de pais e/ou cuidadores, professores e de outras pessoas que convivam com a criança, os fatos e acontecimentos que caracterizariam uma criança com DDA. Além disso, deve saber utilizar critérios de comparação. Uma criança pode ser DDA, se aquela tríade de funcionamento for muito mais intensa e freqüente, quando comparada com crianças de mesma idade. Portanto, deve-se conhecer profundamente o comportamento e as características infantis de uma forma geral, e não somente daquelas que apresentam algum tipo de transtorno. E, além de tudo, precisa desenvolver a fina sensibilidade de um investigador aliada ao pensamento lógico do cientista.

De forma resumida, seguem algumas dicas ou itens que podem auxiliar, no sentido de dar o primeiro passo rumo ao diagnóstico de DDA em uma criança (um resumo mais específico das características já descritas para o DDA em geral):

1. Com freqüência mexe ou sacode pés e mãos, se remexe no assento, se levanta da carteira. Não consegue manter-se quieta, mesmo em situações em que se espera que o faça. É o tal ”bicho-carpinteiro”, o ”prego na carteira”, o ”motorzinho nas pernas” etc.

2. É facilmente distraída por estímulos externos. A criança DDA tem a atenção tão dispersa que qualquer estímulo, um barulho, um movimento, a impede de concentrar-se em alguma tarefa por muito tempo. Principalmente se a tarefa for obrigatória e não despertar nenhum interesse especial. É muito difícil para ela fixar a atenção no que o professor diz se pela janela vê pessoas passando ou mesmo ouve sons produzidos por seus coleguinhas. Sua mente é um radar girando o tempo todo em busca de novidades. Pode ser apelidada por seus coleguinhas de ”ouvido tuberculoso”.

3. Tem dificuldade de esperar sua vez em brincadeiras ou em situações de grupo. Esperar em filas é um suplício para uma criança DDA, assim como esperar sua vez em brincadeiras; freqüentemente interrompe os coleguinhas e fala excessivamente. Por isso, é muito comum ser considerada uma criança encrenqueira por supervisores do colégio (que não conheçam o DDA) e ter dificuldades de relacionamento com os coleguinhas. Aqui, ela assume a figura do ”furão”, ”entrão”, ”abelhudo”, entre outras.

4. Com freqüência dispara respostas para perguntas que ainda não foram completadas. Isso acontece porque, tão logo venha algo à mente de uma criança DDA (e de grande parte dos adultos também!), ela coloca em palavras, muitas vezes atropeladamente — afinal, a velocidade de sua língua não consegue se equiparar à de seu cérebro. Isso é uma conseqüência da impulsividade. A criança

DDA não consegue parar ou filtrar o fluxo de idéias que eclodem em sua mente. E lá vai ela ser apelidada de ”linguaruda” ou algo do gênero.

5. Tem dificuldade em seguir instruções e ordens. A criança DDA não quer se insurgir contra a autoridade, ou seja, não é exatamente rebelde. Faz as coisas ao seu jeitinho e insiste nisso. É quase sempre considerada muito teimosa. A ”mula empacada” da família e da turma. É praticamente certo que ela irá levar essa característica para a vida adulta.

6. Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou mesmo atividades lúdicas. A criança DDA se entedia rapidamente. Sua atenção é fluida e escorregadia. Metaforicamente, muda de estado físico repentinamente. Lembra das aulas no primário, das mudanças súbitas no estado físico das substâncias? Sua atenção pode ser vaporosa durante atividades prolongadas e encadeadas de caráter obrigatório ou mesmo em brincadeiras de grupo que envolvam regras. No entanto, pode subitamente solidificar-se e tornar-se dura como gelo, se determinada atividade a estimula ou encanta. Assim como pode sublimar-se repentinamente, se algo mais interessante a distrair ou enfastiar-se simplesmente da atividade atual. Um exemplo comum é o vídeo game. Tais jogos unem estímulos de diversos tipos, de forma sincrônica e simultânea, comumente em grande velocidade. São imagens vivas, coloridas e dinâmicas acompanhadas por sons vibrantes que correspondem às ações empreendidas pela criança no jogo. Muitos pais e/ ou cuidadores, ao observarem seus filhos entretidos profundamente nesses jogos, sem se lembrar de comer ou de quaisquer outras atividades, seguramente tenderão a concluir que seus filhos são preguiçosos e irresponsáveis. Mas o fato é que as características desses jogos conseguem ativar o cérebro de uma criança DDA de tal forma que atividades rotineiras e encadeadas não podem, pois não possuem as características dinâmicas necessárias. O grande ”clique” seria unir atividades educativas com meios multimídia, e já estão sendo feitos vários desenvolvimentos nesse sentido.

7. Freqüentemente muda de uma atividade inacabada para outra. Esta característica está intimamente encadeada com a anterior. Quando estão entretidos em uma tarefa ou projeto, crianças DDA acabam pensando em ”n” outras coisas diferentes para fazer. E fazem! Da mesma forma que uma idéia que vem à mente dessa criança é imediatamente traduzida em palavras, muitas destas idéias também são imediatamente postas em prática. Novamente a impulsividade sobrepuja. Como acabam fazendo (e pensando) muitas coisas ao mesmo tempo, deixam passar detalhes e cometem erros pela desatenção. E a ansiedade acarretada pelo fato de ter muitas coisas a fazer contribui para diminuir mais ainda sua capacidade de concentração. Precisam de muito incentivo e estruturação para levar a cabo suas tarefas.

8. Tem dificuldade em brincar em silêncio ou tranqüilamente. Imagine uma bola voando entre móveis e peças decorativas da sala. Objetos sendo derrubados durante uma corrida. Gritos e imprecações. Imaginou? É isso mesmo. Esta assertiva é auto-explicável.

9. Às vezes fala excessivamente. É bastante comum que uma criança DDA dê voltas em torno de um assunto antes de conseguir chegar ao ponto. Ou pode ser que no meio da fala esqueça o ponto e acabe falando de outras coisas. Pode ser vista como ”enrolona” por pessoas menos compreensivas. Esta característica está

diretamente relacionada ao item 4. Como a criança DDA é assaltada por um fluxo incessante de idéias e imagens, ela tem dificuldade de ser concisa e objetiva ao falar. É comum que um assunto puxe outro, que puxa outro e no instante seguinte já não sabe mais por que está falando aquilo ou mesmo o que estava falando antes. É importante que pais e/ou cuidadores e professores tentem ser compreensivos e mesmo aprendam a enxergar o lado divertido dessas características e brincar com a criança sem fazê-la se sentir inadequada, ajudando-a a se concentrar no assunto em questão.

10. Vive perdendo itens necessários para tarefas ou atividades escolares. Se a criança é "avoadinha" e freqüentemente esquece de fazer o trabalho de casa ou de levar o lanche para a escola, fique atento. Podem ser sinais de desatenção e lapsos de memória típicos do DDA, e não necessariamente irresponsabilidade ou imaturidade.

Crianças problemáticas e crianças com DDA

Como já foi visto, a criança DDA é em tudo mais intensa, quando em comparação com as outras. Ela é mais colorida, mesmo que vestida em discretos tons pastéis, já que dificilmente passa despercebida. Um aspecto distintivo entre crianças DDAs e não-DDAs é que os sintomas de comportamento DDA independem de problemas emocionais, ambientais e sociais. Algumas crianças podem causar a falsa impressão de serem DDAs se estiverem passando por problemas, constantes ou passageiros, que podem contribuir para deflagrar ou intensificar comportamentos agitados ou falta de concentração e atenção. Uma criança pode apresentar-se indisciplinada e com baixa tolerância à frustração e possivelmente não ser DDA, já que na investigação de sua história pode ser constatado que ela é oriunda de um ambiente em que características comportamentais como disciplina e contenção não são valorizadas. Pode também não estar recebendo atenção suficiente ou sofrendo maus-tratos. O importante é que todos os fatores que possivelmente possam estar contribuindo para algum comportamento inadequado por parte da criança devem ser cuidadosamente investigados e considerados como fatores de exclusão para um diagnóstico de DDA ou mesmo fatores que intensifiquem o DDA pré-existente. Como já foi ressaltado, é importante ter em mente que fatores que se constituem em situações de desconforto, precariedade e sofrimento podem até intensificar o funcionamento DDA pré-existente de uma criança, mas não a caracterizam como DDA se ela apresentar comportamentos semelhantes em função de suas dificuldades. O DDA simplesmente independe de tais variáveis. É um funcionamento de origem biológica, marcado pela hereditariedade que irá manifestar-se no comportamento infantil já bem cedo, antes dos sete anos de idade, sendo ou não esta criança oriunda de um ambiente hostil e estar passando por problemas. Mesmo no lar mais estruturado e seguro uma criança DDA irá comportar-se como tal.

A intensidade do desconforto trazido para a família pode ser manejada através de formas específicas de lidar com essas crianças. A criança DDA pode dar tudo de si e deixar fluir sua criatividade e entusiasmo inatos se for corretamente estimulada. Mais do que nenhuma outra, a criança DDA responde maravilhosamente bem sob o calor do incentivo, e os elogios e recompensas

constantes se constituem no melhor aditivo para a já grande quantidade de combustível com a qual elas foram dotadas. Mas, por outro lado, também mais do que nenhuma outra, a criança DDA murcha e se retrai sob o peso das críticas excessivas e da falta de compreensão. Ela pode responder através de um cabisbaixo recolhimento ou pela erupção de comportamentos agressivos e impulsivos. Pode virar de pernas para o ar o ambiente, para que fique semelhante à maneira como se sente interiormente: confusa e sem chão.

Dificuldades específicas da criança DDA e conclusões errôneas

É comum que as pessoas interpretem a tendência à distração e impulsividade de uma criança DDA como sinal de parca inteligência, ou que as considerem simplesmente como tolas, com idade mental inferior à de outras crianças de mesma idade cronológica. O porquê disso será examinado a seguir.

Como conseqüência da hiperatividade/impulsividade, a criança DDA faz primeiro, pensa depois. Reage irrefletidamente à maioria dos estímulos que se apresentam. Não porque seja mal-educada, imatura ou pouco dotada intelectualmente. Isso se deve ao fato de o DDA apresentar a área cerebral responsável pelo controle dos impulsos e filtragem de estímulos — córtex pré-frontal — não tão eficiente. Há um substrato orgânico determinando essa característica. A diferença para uma criança pura e simplesmente mal-educada é que a criança DDA sente que isso acarreta prejuízos e reprimendas. O *insight* problema aumenta no decorrer do desenvolvimento e ela pode ser ensinada sobre o que é certo e errado, e sem dúvida aprenderá (se estiver suficientemente atenta, é claro). Justamente por isso consegue entrever as conseqüências de seu comportamento impulsivo, mas, tendo dificuldades em contê-lo, sofre e absorve todas as críticas que desabam incessantemente sobre ela. Se essa criança não for efetivamente o que se considera uma criança mal-educada (embora a junção dessas duas características possa ocorrer, de alguma forma sentirá essa inadequação, além de ouvir as constantes reprimendas. Ela sofre. Sendo muito nova para refletir sobre tais questões ainda tão complexas de convivência social e outras em que o controle de seus impulsos seja necessário e desejável, se sentirá deslocada e, de alguma forma, defeituosa.

Tampouco pode ser considerada pouco inteligente por isso. Na verdade, com extrema freqüência, a criança DDA é bastante inteligente e criativa. Pode aparentar imaturidade em relação a outras crianças de mesma idade, no aspecto emocional e no comportamento manifesto, mas não em relação à capacidade cognitiva. Com o tratamento adequado, aquela criança aparentemente imatura equipara-se às demais.

No que concerne às características de desatenção, esta criança também pode *ser* considerada tola ou pouco inteligente por quem desconhece o problema. O fato é que a criança DDA é constantemente inundada com estímulos que não consegue filtrar corretamente. A conseqüência mais evidente é que ela parece não conseguir *priorizar.* Característica que, aliás, é levada adiante na vida adulta. É um tanto comum que tenha dificuldades em aprender ou memorizar, isso porque não consegue sustentar a atenção e se manter concentrada por tempo suficiente, com a intensidade adequada; e não porque não possa, não queira, ou porque seja

pouco capaz. Freqüentemente não termina as tarefas que começa, porque algum estímulo a atrai irresistivelmente. Até que um outro estímulo a atraia e também abandone o anterior e assim sucessivamente, até que por fim se sinta sobrecarregada, confusa e não termine o que começou a fazer lá no início. Não que seja exatamente ”esquecidinha” ou ”cabeça-de-vento”, mas o turbilhão de acontecimentos e coisas por fazer em sua mente acabam lhe trazendo problemas em reter informações e dar cabo de suas tarefas. Com tantos pensamentos e imagens ocupando sua mente, sua memória pode ser mais bem definida como ”vaga lembrança”. Por exemplo, é muito comum que a criança DDA, assim como o adulto, passe por situações como esta: ela está na sala fazendo algo, dá-se conta de que precisa de alguma coisa que está no quarto, e no caminho de um cômodo para outro esquece-se do que ia fazer. Ainda por cima, pode ver alguma coisa neste ínterim e também esquecer de continuar o que estava fazendo na sala. O que aconteceu no trajeto entre a sala e o quarto? Ela estava ”caraminholando”, como se diz. Pensando em várias coisas ao mesmo tempo, na alta velocidade do cérebro DDA. Por que esquece o que estava fazendo na sala? Porque não conseguiu filtrar o novo estímulo que se apresentou. Foi atraída para ele, em vez de deixá-lo para depois, para quando concluísse a primeira tarefa. E assim repetidamente até não conseguir terminar nada do que começou e nem reter informações por tempo suficiente. Diferentemente de uma pessoa com dificuldades intelectivas, ela se dá conta do prejuízo que isso acarreta, percebe o que está acontecendo de errado e sofre. Em uma criança, esses prejuízos podem ser percebidos mais intuitiva do que racionalmente.

Assim, o que foi visto até aqui é que crianças DDAs possuem dificuldades muito específicas derivadas de seu também muito específico funcionamento cerebral, e que isso não deve ser confundido obrigatoriamente com tolice, má-educação ou dificuldades intelectuais. Só que, como é enorme o desconhecimento do problema, é exatamente isso o que acontece na grande maioria dos casos. Não se precisa descrever o enorme rombo causado na auto-estima de crianças que assim são rotuladas, que ouvem diariamente esses rótulos que lhes atribuem e dos quais não sabem como podem se defender. Afinal, elas nem sabem que *podem* se defender. Elas acabam mesmo acreditando em tudo o que se diz delas, sob a forma do olhar desaprovador da reprimenda ou do ar complacente do sentimento da pena.

Em família pode-se observar claramente o desenrolar desse processo. A criança DDA (principalmente a hiperativa/impulsiva) com freqüência é punida com castigos físicos e é comum que seja julgada pejorativamente como mal-educada, insuportável e até mesmo má. Não são poucos os comentários que se fazem do caráter de uma criança DDA. Ela costuma ouvir sobre o quanto é má e do quanto ”papai do céu” irá castigá-la. Até mesmo previsões de seu futuro acaba ouvindo, de como será uma pessoa desagradável e impopular e outros comentários do tipo ”se você morrer hoje, ninguém irá ao seu enterro”. Como realmente tem dificuldades de controlar seus impulsos e se mete em confusões e desentendimentos em família e com outras crianças, acaba acreditando no que lhe dizem. Preocupa-se com castigos divinos e se irá para o inferno. Esse protótipo de ”pestinha” ouve diariamente uma avalanche de ”nãos”, ”pára”, ”sai daqui”, ”fica quieto”, muito mais do que qualquer outra criança. Não é difícil chegar à conclusão

de que essa criança sentirá que há algo errado e que ela é um estorvo. Com freqüência maior que a média, crianças DDAs, principalmente as mais hiperativas, expressam seu sofrimento e sentimento de rejeição, ora dizendo que irão fugir de casa, ora que são ”infelizes” e querem se matar.

Como se não bastasse, a criança DDA também pode ocupar o lugar de bode expiatório da família, principalmente entre os irmãos. Embora todos reclamem o quanto de aborrecimentos essa criança traz para o meio familiar e o quanto seria melhor se ela não existisse, crises inexplicáveis poderão surgir em família se começar a ser tratada adequadamente e surgirem resultados positivos. Paradoxalmente, o tratamento pode até ser boicotado se a sua melhora ameaçar o sistema familiar que encontrou seu ponto de equilíbrio nessa criança problemática. Um exemplo claro é o fato de os irmãos se acostumarem na cômoda posição de filhos ”normais” e, engenhosamente, colocarem a criança DDA na posição de culpada e causadora de todas as brigas. Mesmo quando ela não for, dar-se-á um jeito e prontamente lá estará ela na posição de ré novamente. E, como é freqüente ela causar confusões mesmo, os pais e/ou cuidadores tenderão a pensar dessa forma, sem se preocupar com uma investigação mais detalhada dos conflitos.

Por outro lado, também não parece justo acusar impiedosamente os pais e/ou cuidadores e a família por tudo. Imagine o transtorno causado por uma criança que literalmente ”quica” pelas paredes, parece ser incansável e não tem hora nem lugar para brincar, mesmo que seja bater bola na sala, em meio a todos os móveis e objetos de valor, ou então que vive literalmente no mundo da lua. Freqüentemente, as situações provocadas pela impulsividade ou distração da criança DDA detonam brigas entre outros membros da família. O pai briga com a mãe, o irmão com o pai, a mãe com a avó e todos com a criança! Alguns membros da família são acusados de serem severos demais e outros, complacentes. E ninguém entende nada quando percebem que a mesma criança que não consegue se concentrar nos deveres escolares, passa horas a fio grudada no *vídeo game.* Ora, para quem não compreende as características da síndrome, a conclusão aparentemente óbvia é que ela não ”quer nada com a hora do Brasil”.

O mais importante é buscar informações sobre o comportamento inadequado da criança, antes de se concluir que ela apresenta ”caráter duvidoso” ou que é simplesmente grosseira. Quanto mais informações e educação acerca do transtorno, melhor para a criança e a família. No decorrer do tratamento, a família recebe algumas orientações sobre como proceder em situações específicas. No final desta seção, será visto mais sobre o tema.

Escola e amizades

Enquanto a criança DDA convive apenas em seu meio familiar, muitas de suas características repousam em estado de latência. Demonstrações de que ela é algo diferente já foram dadas para a família, mas é no início da vida escolar que essas diferenças podem revelar sua potencialidade problemática. Até então, a criança contava com a estrutura familiar para se organizar e, além disso, muitas de suas características hiperativas e/ou desatentas poderiam não estar acarretando problemas, sendo até consideradas engraçadinhas.

Dificuldades maiores começam a surgir no âmbito escolar quando a criança é solicitada a cumprir metas e seguir rotinas, executar tarefas e ser recompensada ou punida de acordo com a eficiência com que são cumpridas. Os pais e/ou cuidadores e familiares já não estão presentes e não podem cumprir tarefas ou facilitar as coisas para a criança. Ela precisa começar a caminhar com suas próprias perninhas. Perninhas que até este momento cumpriam mais as funções de correr, pular, chutar ou mesmo permanecer em repouso enquanto sua mente divagava. Agora não podem correr a todo momento, como também não podem ficar imóveis. Devem caminhar em direções determinadas, em tempos estabelecidos e em ritmo compatível com as demais crianças com quem irá conviver quase que diariamente. As direções, tempos e ritmos serão definidos pelo professor da turma, que é orientado por objetivos até então diferentes de seus pais e/ou cuidadores, mas cujos propósitos agora interessam sobremaneira a estes.

A criança DDA, com ou sem hiperatividade, agora precisa ajustar-se às regras e à estrutura de uma educação continuada, em que há cobrança de desempenho. Muitas vezes, experimentará dificuldades em adequar-se a rotinas tão esquematizadas. O professor que desconhece o problema pode acabar concluindo que essa criança é irresponsável ou rebelde, pois em um dia pode estar produtiva e participante, mas no dia seguinte simplesmente não prestar atenção a nada e não levar a cabo os deveres. Acaba por atrair bastante atenção do professor, mas uma atenção um tanto negativa. Isso pode causar desacertos em sala de aula, já que as outras crianças perceberão o ”clima” e poderão se interessar mais no embate entre professor e aluno ”problemático” do que em suas tarefas.

O desempenho escolar da criança com DDA é marcado pela instabilidade. Um exame nos boletins escolares ou nos registros dos professores pode ilustrar bem o problema. Em um momento, ela é brilhante. Em outro, inexplicavelmente, não consegue apreender os conteúdos ministrados. Tais momentos tão díspares, muitas vezes, são bastante próximos no tempo. Não é incomum que se alternem de um dia para o outro. A instabilidade de atenção é a causa desse sobe-e-desce no desempenho. Caso a criança seja também hiperativa, o problema pode agravar-se, pois, além da desatenção, a incapacidade de manter-se quieta em sua carteira a impedirá não só de aprender, como também de conquistar e manter amizades.

A impulsividade dessa criança pode levá-la a falhas no desempenho desejável para a delicada tarefa de fazer amiguinhos e manter amizades. Em alguns momentos, pode atropelar a atividade do grupinho com freqüentes interrupções ou gestos bruscos, querer dominar as brincadeiras e impor regras e insistir indelicadamente na continuidade da brincadeira quando os coleguinhas já estão cansados. Em outros momentos, pode parecer estranha, quando se enjoa rapidamente das brincadeiras e abandona um timinho já formado para fazer outras coisas, depois de ter insistido tanto para entrar. Ou, então, quando fala demais, às vezes sem pensar, ofende alguém ou deixa escapar algum segredo do coleguinha.

Há controvérsias entre pesquisadores sobre o fato de ser a impulsividade responsável por essas falhas em habilidades sociais ou se o déficit em habilidades ou inteligência social ser um fator em si, característico do DDA, independente da impulsividade. O fato é que as crianças DDAs (e adultos) parecem não ler

corretamente os sinais sociais emitidos pelas outras pessoas. Elas podem continuar alongando-se em um assunto que está desagradando a um amigo sem ter a menor noção desse constrangimento. Elas podem parecer grosseiras ou mal-educadas, mas a verdade é que lhes falta o ”estalo” para perceberem as indicações das outras pessoas. Quando é advertida, sofre e vislumbra o erro, não entende como pôde deixar passar despercebido, já que realmente se importa com o que os outros pensam e sentem. Ela se sente inadequada e sua auto-estima despenca mais um pouco.

A desatenção também pode trazer problemas. Imagine uma menininha contando o seu passeio de final de semana para a coleguinha que parece não estar nem aí e ainda ”atravessa o samba” com um assunto que não tem nada a ver. Ou então fazer um trabalhinho em dupla com uma coleguinha que deixou passar um erro bobo, porque, aparentemente, não foi cuidadosa.

Por outro lado, em muitos momentos nada será mais emocionante do que estar brincando com essa coleguinha. Afinal, com ela ”não tem tempo ruim”. Mesmo em um local entediante e na ausência de brinquedos, dá um jeito de inventar várias brincadeiras. De dentro daquela ”cacholinha” surgirão as mais diferentes idéias e sugestões; ou então as historinhas mais doidas. Um pouco mais velha, essa menininha inventiva daria uma excelente *master* de um *role playing game.*

Essa inventividade também pode manifestar-se na forma de resolução de problemas escolares. Uma criança DDA pode sair-se com um jeito completamente diferente de resolver uma continha matemática, por exemplo. Dê o resultado esperado ou não, a criança certamente será repreendida por não fazer os deveres na forma-padrão. E como prefere fazer as coisas ao seu modo, pode ser considerada pelo professor pouco inteligente ou teimosa, ou mesmo desobediente. Embora seja necessário que se aprenda a fazer as tarefas da maneira como estão consolidadas, a criatividade da criança DDA pode ser estimulada em vários campos. Ela deve ser incentivada a aprender da forma consensual, mas também não precisa ser desestimulada a nunca mais tentar formas diferentes de resolver os mesmos problemas.

O que os pais e/ou cuidadores podem fazer?

Existem meios de melhorar a convivência e estimular bons comportamentos nas crianças DDAs, especialmente se elas forem do tipo mais hiperativo/impulsivo. As dicas a seguir são fruto de pesquisas do psicólogo Sam Goldstein e do neurologista Michael Goldstein, ambos especializados em crianças hiperativas e desatentas.

O passo inicial para todos os pais e/ou cuidadores é o *conhecimento.* Quanto mais eles estudarem, se informarem e se educarem sobre o problema de seus filhos, mais estarão preparados para lidar com ele da forma mais apropriada. Afinal, conhecer profundamente o problema capacitará os pais e/ou cuidadores a enxergarem o mundo através dos olhos de seus filhos. Conhecer como eles se comportam, por que e quando, saber principalmente o que muitas vezes deflagra comportamentos indesejáveis e ter em mente que muitas vezes a criança não tem a intenção ou consciência da inconveniência de seus comportamentos,

possibilitará aos pais e/ou cuidadores agirem de forma preventiva e também a controlarem seus próprios acessos de raiva em relação à criança (o que é bastante comum). É importante que os pais e/ou cuidadores também se auto-avaliem e identifiquem em si mesmos características de impulsividade e desatenção (lembre-se, o DDA possui forte componente genético) que podem atrapalhar a convivência e causar falhas no processo de educação das crianças. A sabedoria popular tem algo a nos dizer sobre isto: dois bicudos não se beijam (ou três, quatro, cinco...).

O passo seguinte é conseqüência do primeiro: saber *diferenciar desobediência e inabilidade.* Uma vez que os pais e/ou cuidadores conheçam suficientemente bem o problema, eles estarão aptos a distinguir quando a criança está sendo desobediente e rebelde, ou quando, simplesmente, não está conseguindo controlar seus impulsos e fazer o que eles ou outras pessoas responsáveis estão pedindo. Para o primeiro caso, os pais e/ou cuidadores podem sinalizar com as conseqüências desagradáveis de a criança não fazer o que se pede, e, em último caso, lançar mão de punição (principalmente física). Um exemplo é o menino que não quer fazer o dever de casa. Se a mãe portar-se de certa forma indiferente e disser: ”muito bem, mas aí você é que vai explicar para a professora, certo?”, o problema deixa de ser da mãe e passa a ser da criança. Certamente, esta pensará duas vezes antes de realmente deixar o dever de lado. E, em caso de não fazer o dever, terá alguma reprimenda em sala de aula. Mas, se essa criança não está conseguindo fazer o dever porque simplesmente não consegue permanecer sentada ou prestar atenção, precisará ser auxiliada a desenvolver essas habilidades e ser recompensada a cada pequeno passo que conseguir dar. A criança DDA está freqüentemente recebendo punições e verbalizações negativas por atos que ainda não aprendeu a controlar, sem muitas vezes ter a intenção de ser desobediente ou opositora. Obviamente, essa criança aprenderá a enxergar o mundo como um lugar punitivo, restritivo e controlador. Daí, sim, poderá desenvolver comportamentos rebeldes e desobedientes em reação a um ambiente hostil. Ela ouve centenas de vezes frases como ”deixa disso”, ”pare com isso”, ”não faça isso”, ”tire a mão daí”, ”não mexa nisso”, ”saia daqui” etc. Ouve várias vezes sobre o que não deve fazer, mas também não sabe o porquê de não poder fazer aquilo e o que deveria estar fazendo em seu lugar. Resumindo, é punida por algo de errado que não sabe bem o que é, ao passo que ninguém lhe diz o que ela então deveria estar fazendo! Assim, é extremamente importante que os pais e/ou cuidadores aprendam a dar ordens positivas, que será visto um pouquinho mais adiante.

Punir uma criança por um ato impulsivo, provavelmente, irá surtir efeito por algum tempo. Mas, certamente, devido à natureza impulsiva do ato, não se passará muito tempo até que ela volte a incorrer no mesmo erro, e assim estará deflagrada a desagradável situação familiar em que os pais e/ou cuidadores tornam-se ralhadores e a criança, temerosa ou mal-humorada.

Para saber diferenciar quando seu filho está sendo desobediente ou quando, simplesmente, não está conseguindo obedecer adequadamente, é preciso que se observe atentamente o comportamento dele. Se, por exemplo, tende a largar a porta de seu armário aberta e, ao ser advertido por você, fechá-la, é porque está fazendo um esforço para obedecer, embora sua distração o tenha prejudicado na hora de lembrar-se, por conta própria, de que deveria fechar a

porta. É bem possível que volte a largar o armário aberto em outras ocasiões por conta de sua distratibilidade, mas tentará atender ao seu pedido, mesmo que vá resmungando e de má vontade. Por outro lado, se você pedir-lhe que feche a porta do armário e, após certificar-se de ele estar atento, ouvindo e compreendendo o que você lhe pediu e, ainda assim, não atender, então, pode-se concluir que ele estará sendo desobediente.

O próximo passo é saber dar *ordens positivas.* Isso vai um pouco contra o que se aprende a fazer, de forma não espontânea, levando um pouco de tempo e prática até que se acostume. Em geral, destaca-se no ambiente o que desagrada, em detrimento das situações agradáveis. Se o filho faz algo errado, isto imediatamente salta aos olhos, ao passo que, quando está se comportando do modo como se deseja, é adotada uma postura indiferente, ou seja, porque ser comportado não chama a atenção, ou porque parte-se da pressuposição errônea de que fazer o certo é natural, obrigatório e devido, e, portanto, não há necessidade de incentivo nem de reforço especial. Assim, uma criança é constantemente repreendida, quando não faz o que se espera que faça, ao mesmo tempo que não é elogiada, quando faz o que dela se espera. Daí, você pode imaginar a confusão que começa a se avolumar nessa pequena mente: "Tudo que faço é errado, mas o que será o certo?"

Essa cabecinha poderia começar a ser desanuviada se os pais e/ou cuidadores invertessem o procedimento-padrão: ignorar os comportamentos indesejados (punir é devido e eficaz, quando for adequado e coerente) e destacar o comportamento desejado.

Se, por exemplo, seu filho está num entra-e-sai de casa, justo no momento em que o quintal está sendo lavado e deixa um rastro molhado sempre que irrompe porta adentro, a reação mais provável será ralhar com ele, ordenando que pare de molhar a casa ou que pare de correr. Está sendo dada uma ordem negativa. É bem provável que a criança DDA obedeça por um tempo, até que se distraia e sua impulsividade dê novamente partida para outros entra-e-sai. Então se ralha de novo, e assim sucessivamente, até criar-se um clima desagradável. Como ordem positiva, poderia instruí-lo sobre secar os pés em um pano, antes de entrar, ou escolher brincar somente do lado de fora ou apenas do lado de dentro, de uma forma serena e não ameaçadora. Uma vez que se tenha estabelecido o que se quer da criança e tenha sido dito a ela, em forma de instrução positiva, é extremamente importante que a recompense imediatamente após fazer o que se quer. Essa recompensa pode ser social (elogios, beijos, dizer o quanto ela o deixa feliz etc.) ou não-social (como balas, bombons ou mesmo um sistema de pontos que, acumulados, valerão alguma coisa importante para a criança). A recompensa mais positiva para a auto-estima da criança é a de cunho social. No entanto, quando se está tentando modificar algum comportamento inconveniente, é importante que no início do processo as recompensas sejam não-sociais, por causa de seu caráter concreto e imediato. Ou, melhor ainda, venham acompanhadas por recompensas sociais. O ponto nevrálgico aqui, e que não pode ser esquecido, é que a criança deve ser imediatamente recompensada, logo após comportar-se adequadamente. Se isso não acontecer e os pais e/ou cuidadores esquecerem esse importante detalhe, a criança não conseguirá distinguir o que deve e o que não deve fazer, apenas temerá pelo que sabe que desagrada aos

pais e/ou cuidadores. Outro aspecto imprescindível é que a criança deverá ser recompensada a cada avanço que fizer. Se, no exemplo citado anteriormente, ela entrar correndo molhando a cozinha e parar antes de chegar à sala, os Pais e/ou cuidadores devem recompensá-la por já ter dado um primeiro passo: ”Estou muito contente que você dessa vez tenha parado aqui pela cozinha, espere aqui que vou pegar um biscoito pra você.” E assim sucessivamente. Não adianta esperar que a criança vá conseguir de uma só vez comportar-se perfeitamente, se suas características de desatenção e impulsividade estiverem atrapalhando. Não se pode exigir de uma criança que, em um único salto, chegue ao topo da escada. Ela poderá sentir-se incapaz, assoberbada e, pior, passar a ser propositadamente desobediente para lutar contra exigências, que no momento parecem-lhe difíceis ou impossíveis. O importante aqui é festejar com ela cada degrau que for conseguindo subir, estimulando-a a ir adiante. Jamais se deve esquecer de que, para a criança DDA, elogios, incentivos e demonstrações de amor são o aditivo mais eficaz para a grande quantidade de combustível que ela tem, mas que eram queimados inadequadamente ou subutilizados, seja pelas características específicas do comportamento DDA, seja pela grande quantidade de repreensões que ela ouve e abalos que são imputados em sua auto-estima. Mais tarde, as recompensas pelos bons comportamentos poderão ser espaçadas. No entanto, como se sabe que as crianças DDAs não conseguem protelar por muito tempo a satisfação de seus desejos, o sistema de recompensas somente será positivo se for imediatamente fornecido após o bom comportamento. Com o tempo e a repetição, a criança começará a internalizar os comportamentos adequados e não precisará ser reforçada sempre e imediatamente. Mas lembre-se de que, no começo, não adianta dizer que ela terá uma recompensa daqui a uma semana. Para um pequeno DDA, uma semana é muito tempo!

O último passo é a continuidade dos anteriores e seu objetivo principal é sempre *promover o sucesso* da criança. Hábitos arraigados são difíceis de mudar, mas não impossíveis. Trata-se de abandonar o padrão antigo de valorizar mais as atitudes negativas da criança (ela percebe perfeitamente que chama mais atenção quando faz algo errado) e mudar para um padrão de sempre incentivar, reforçar e promover o sucesso dela. Dê mais atenção aos bons momentos. Não deixe passar a oportunidade de recompensar imediatamente sua criança, quando ela estiver se comportando adequadamente, aliás, recompense-a sempre pelos pequenos passos que conseguir dar em direção ao objetivo. Acostume-a a querer o sucesso, a perseguir o bom resultado. Mostre sempre o quanto você a ama e o quanto fica feliz, diante de cada pequena coisa que ela consegue fazer. Ela se esforçará por agradar aos pais e/ou cuidadores, e aos poucos irá recuperando sua autoconfiança ou construindo a que nunca teve.

Por que se deve tentar ignorar os maus momentos e valorizar os bons? O fato é que, quando se faz o contrário, pode-se, acidentalmente, reforçar as crianças a se comportarem mal, embora a intenção não seja esta. Às vezes, os filhos estão sendo ensinados a perpetuarem aspectos desagradáveis, o que nem sempre é percebido pelos pais. Por exemplo, se uma criança está aos berros e se jogando para trás porque quer alguma coisa — um bombom — e sua mãe, compreensivelmente exasperada, lhe dá o bombom para que pare de importuná-la, estará, sem querer, ensinando esta criança a fazer birras outras vezes, pois,

agindo assim a criança conseguiu o que queria. O certo aqui é esforçar-se por ignorar o *show* da criança, de forma tranqüilamente indiferente, mas firme, até que perceba que nada irá conseguir. E, quando parar com a birra, recompensá-la por estar quieta e então dar-lhe o bombom, dizendo que da próxima vez ela poderá conseguir o que quiser se souber pedir educadamente e esperar com paciência. E lembre-se sempre: parabenize-a pelo sucesso sempre que conseguir dar algum pequeno passo em controlar seus acessos de impulsividade.

Você também pode tentar modificar o ambiente de forma preventiva para evitar alguns acontecimentos desagradáveis, tais como manter trancada a porta do armário que seu filho gosta de ”futucar” e pegar coisas que não deveria. Caso a porta esteja aberta e a criança esteja mexendo, então você precisará agir de forma reativa. Dê uma instrução positiva, ”esta porta tem que ficar fechada por tal e tal motivo” e recompense a criança quando afastar-se dali. Lembre-se sempre, a repreensão é necessária em caso de desobediência, quando a criança sabe que não deveria estar fazendo aquilo. E não deve ser banalizada. Reprimendas e palmadas constantes e por qualquer motivo perdem seu efeito e fazem com que a criança passe a considerar que é você que está errado e é rabugento, não aceitando mais sua própria parcela de responsabilidade.

Estimule também a prática positiva. Se seu filho tem o ”rabo comprido” e deixa a porta aberta atrás de si, em vez de dar a instrução negativa, ”não deixe a porta aberta”, diga a ele por que é necessário que a porta seja fechada, pegue-o pela mão e peça para repetir novamente a ação, acompanhe-o e estimule-o a fechar a porta. Nunca se esqueça de recompensá-lo e estimulá-lo. Repita a operação algumas vezes, de forma tranqüila e evitando ralhar. Se repetir insistentemente esse comportamento, sempre que a criança esquecer de fechar a porta, após algum tempo ela irá internalizar o ato de fechar a porta e irá fazê-lo naturalmente. É necessário ser paciente e esperar o tempo da criança. Algumas aprendem mais rapidamente, outras mais lentamente. Seja sempre coerente e constante. Diga sempre o porquê de a criança estar agindo errado e diga-lhe o que e como fazer, ao invés de dizer somente o que não fazer. Seja constante e aja sempre da mesma forma, não desista ou perca a paciência. E, claro, isto você já sabe: recompense-a a cada pequeno passo! Promova o sucesso de seu pequeno DDA.

Quando for necessário o castigo, pela evidente desobediência, também seja coerente e constante: se disser que irá castigá-lo, realmente o faça. Dizer e não fazer será interpretado pela criança como sinal de que nada acontecerá. E faça o que realmente disse que faria. Por exemplo, uma semana de castigo deve durar uma semana. Encurtar o período porque a criança está fazendo birra, cara de choro ou sendo propositadamente um ”anjinho” terá o efeito de mostrar para a criança que ela pode controlá-lo e manipulá-lo. Então, ela irá aprender de forma nefasta a manipular em vez de aprender que há conseqüências desagradáveis para seu inadequado comportamento. E, após cada repreensão, dê a chance à sua criança de novamente repetir aquele comportamento até acertar. Ela precisa saber por que está sendo repreendida e o que é o correto fazer.

Mostre a ela que novas chances de acertar serão sempre dadas de bom grado e incentive-a a aproveitá-las sempre!

Capítulo 5 - DDA E VIDA AFETIVA

os últimos românticos: emoção em excesso e escassez de razão...

Como dizia o poeta: ”Amar só se aprende amando.” E é exatamente isso que se deve aprender ao amar ou ser amado por alguém com DDA.

É verdade que tal citação vale para qualquer tipo de relação amorosa, no entanto amar uma pessoa com comportamento DDA pode exigir maestria e grande habilidade na arte de amar, uma vez que as relações amorosas, nestes casos, costumam ter a mesma intensidade dos *loopings* das montanhas-russas americanas. A imagem figurativa é exatamente esta, pois tudo pode acontecer nessas relações num espaço de tempo tão curto que os amantes podem chegar ao ponto de duvidar da realidade dos fatos. Amar um DDA pode significar ter sua vida virada de ponta-cabeça em poucos minutos.

Como foi visto anteriormente, as três principais características do comportamento DDA são a desatenção, hiperatividade e impulsividade. A forma de amar também será influenciada por essa tríade de intensidade variável. Mas uma coisa é certa: em todos os casos sobra emoção e quase sempre falta razão. Mentes inquietas parecem não possuir nenhum pequeno espaço que seja para abrigar a velha e cansada amiga RAZÃO.

Um DDA com hiperatividade física e impulsividade assemelha-se a um grande ”tornado” apaixonado. É capaz de conhecer alguém, apaixonar-se perdidamente, casar, brigar, odiar, separar, divorciar e tornar a casar-se; tudo em menos de um mês. Exagero? É, talvez estas pessoas sejam os ”últimos românticos do litoral atlântico” (Lulu Santos) ou ainda os exagerados que se jogam a seus pés com mil rosas roubadas (à *la* Cazuza). Eles tendem a sentir todas as emoções de modo muito mais intenso do que a maioria sequer pode imaginar. Quando se apaixonam, estão realmente apaixonados, toda sua atenção volta-se para esse sentimento sem que possam controlar tal impulso, ficam literalmente cegos de paixão. Esse estado de cegueira é descrito por Fábio, comerciante de automóveis, 35 anos:

”...como um estado de estresse permanente. Muita gente fica estressada com seus problemas de trabalho, responsabilidades, contas a pagar, essas coisas... mas referem-se ao amor como o porto seguro onde recarregam as baterias. Pra mim sempre foi muito diferente. Eu me estresso com tudo isso que citei e também com meus relacionamentos amorosos! Não consigo controlar o impulso, a necessidade mesmo, de me fundir com a mulher que amo. E se ela não entende isso, e geralmente não entende, o problema é grande. Eu não recarrego as baterias com a mulher que amo... Quando estou com ela, minhas baterias entram em curto e soltam faíscas... Sabe aquela recomendação: não jogue pilhas no fogo? Bom, eu simplesmente não consigo tirá-las de lá.”

Já os DDAs que não possuem tanta hiperatividade física e impulsividade tendem a apaixonar-se à moda antiga, transformam o objeto da paixão em um ser idealizado. São capazes de gastar horas e horas de seus dias pensando no ser amado, em poesias nas quais dirá a ele como e o quanto a vida será perfeita ao seu lado. Amam intensamente, no interior de suas mentes, mas não conseguem colocar em prática todas as coisas que vivem em seus pensamentos. Muitas vezes seus parceiros nem sequer sabem ou imaginam que são objetos de tão nobres

sentimentos. Felizmente, toda essa emoção tende a transformar-se em poesias, obras literárias ou músicas. Clássico exemplo dessa forma de amar, de uma pessoa com comportamento DDA (predominantemente desatentivo), pode ser aferida nos versos imortais de Fernando Pessoa:

Quem tem dois corações
Me faça presente de um
Que eu já fui dono de dois
E já não tenho nenhum
Dá-me beijos, dá-me tantos
Que enleado em teus encantos
Preso nos abraços teus
Eu não sinta a própria vida
Nem minh'alma ave perdida
No azul amor dos teus céus
Botão de rosa menina
Carinhosa, pequenina
Corpinho de tentação
Vem morar na minha vida
Dá em ti terna guarida
Ao meu pobre coração
Quando passo um dia inteiro
Sem ver o meu amorzinho
Cobre-me um frio de janeiro
No junho do meu carinho.

(Fernando Pessoa)

Na realidade, os problemas no relacionamento afetivo de pessoas com DDA começam a aparecer e causar grandes desconfortos após a fase da paixão. É muito fácil apaixonar-se por um DDA, o grande desafio é ultrapassar a explosão inicial e estabelecer uma relação afetiva duradoura de crescimento e respeito mútuo.

As características do comportamento DDA que podem trazer maiores dificuldades dentro de um relacionamento íntimo são:

• Esquecimentos, distração e desorganização:

A instabilidade de atenção é o sintoma mais importante e marcante na vida dessas pessoas. É claro que isso traz para eles muitos problemas pessoais e cotidianos, como atrasos freqüentes, perda de papéis importantes, chaves etc. Quando esses problemas começam a acontecer dentro da relação afetiva, sérios conflitos podem aparecer, pois a desatenção do DDA pode tornar-se muito irritante para seu parceiro. A esposa de um DDA pode ficar muito desapontada ao ver seu marido esquecer datas especiais ou encontros marcados com antecedência, ou mesmo revoltada por não ser ouvida durante um jantar ou sobre decisões de sua vida profissional. É claro que isso gera, a longo prazo, raivas e mágoas que irão contribuir para uma atitude depreciativa do parceiro não-DDA para com este, e

uma atitude de retraimento do DDA que tenderá a fugir dessa relação. Essa situação pode tornar-se um círculo vicioso em que a relação se tornará insuportável para ambos.

• **Falta de controle de impulsos:**

Os impulsos nos DDAs podem apresentar-se de várias formas: por meio de explosões afetivas, no comer, falar, trabalhar, jogar, fazer sexo, comprar ou usar drogas. Seja qual for a forma em que tais impulsos possam se manifestar, trarão sempre situações de desconfortos pessoais e grandes embaraços conjugais.

Já se imaginou casado com alguém que estoura todos os limites do cheque especial e dos cartões de crédito, ou que trabalha no mínimo 14 horas por dia e, ao chegar em casa, continua a fazer os trabalhos da firma?

Tais atos impulsivos costumam despertar no parceiro uma tendência a interpretá-los como gestos egoístas, narcisistas ou mesmo infantis. Em grande parte, esses adjetivos estariam corretos se não se soubesse que o DDA age assim em função de uma alteração neurobioquímica que também não está sob seu controle. A ele geralmente cabem a culpa e o arrependimento de ter mais uma vez falhado na tarefa de pensar antes de agir e, como conseqüência, ter criado novos problemas para si e mágoas e raivas para seu parceiro.

• **Necessidade de estimulação constante:**

A maior parte dos indivíduos com DDA tem fascínio em buscar novos e fortes estímulos. É como se suas vivências cotidianas tivessem que acompanhar o ritmo acelerado e inquieto de seu cérebro, que já foi chamado por John Ratey — um especialista norte-americano em DDA — de cérebro ruidoso.

A busca de estímulos fortes pode dar-se de várias maneiras: praticar esportes radicais, realizar negócios arriscados, criar discussões exaltadas, participar de vários projetos simultaneamente, dirigir em alta velocidade, ter fascínio por motocicletas, sair às três horas da madrugada para comprar um livro ou tomar um café. Vale tudo para fugir do tédio e manter a vida em um ritmo acelerado e excitante.

Como nos relacionamentos afetivos, muita ação pode ser sinônimo de confusão. Várias vezes os cônjuges se sentirão traídos, rejeitados ou mesmo esgotados com tanta emoção.

• **Dificuldades de se comunicar afetivamente:**

De um modo geral, pessoas com funcionamento DDA têm dificuldades de se expressar. Isso ocorre, em parte, pela velocidade com que seu cérebro processa os pensamentos, em função da sua hiper-reatividade ao mundo externo e interno. Cérebros com DDA atentam-se a diversos estímulos externos ao mesmo tempo que criam histórias no seu mundo interno. Essa enxurrada de pensamentos acaba por criar uma disparidade entre o seu modo de pensar e a sua maneira de se expressar. Sabe-se que a linguagem falada e a escrita são a formas de expressar o que se pensa. Assim sendo, a pessoa com DDA sempre apresentará dificuldades em uma dessas expressões, ou em ambas. No caso da escrita, poderá haver palavras, sílabas ou letras repetidas, omitidas ou mesmo trocadas. Com relação à linguagem falada, a situação pode tornar-se um pouco mais

complicada, pois sabe-se que a comunicação verbal é a base de todo processo de socialização do ser humano. A grande dificuldade do adulto com DDA nos seus relacionamentos afetivos é conseguir falar de maneira organizada aquilo que sente para seu parceiro. Muitas vezes, a velocidade de seus pensamentos o impede de falar o que é fundamental para se fazer compreender. Quando pensa no que vai falar, outro pensamento sucede o anterior em uma velocidade tão expressiva que acaba por esquecer o que de fato importava dizer.

Outro aspecto que torna a comunicação afetiva tão difícil é a baixa auto-estima que quase sempre acaba traindo-o, impedindo que fale o que sente de verdade, sob pena de sentir-se rejeitado e não amado. Talvez seja esse o seu maior temor afetivo.

Esses problemas de comunicação decorrentes da sua já citada baixa auto-estima têm início na sua vida infantil. São crianças mal-interpretadas e geralmente rotuladas de forma pejorativa como ”rebeldes”, ”esquisitas”, ”preguiçosas”, ”burras” ou ”más”. A partir daí, as relações afetivas primárias (com familiares e cuidadores) começam a apresentar muitas desavenças, culpas, acusações e agressões. Na vida adulta, todas essas dificuldades irão influenciar a comunicação verbal nas relações afetivas: muitos adultos com DDA tenderão a calar-se com medo de provocar conflitos e/ou tenderão a dizer tudo que lhes vêm à cabeça com uma grande dose de agressividade. De qualquer forma, ambas as maneiras de reagir a um diálogo afetivo terão como conseqüência a não-resolução dos conflitos essenciais da relação.

A esta altura, você deve estar pensando: ”Farei de tudo para não me apaixonar por um DDA.” Ou se você acha que é um deles, deve estar apavorado pensando: ”Onde encontrar um parceiro que possa compreender-me e ajudar-me nessa que parece ser uma batalha de titãs, que é fazer alguém com DDA ter uma relação afetiva razoavelmente estável e feliz?” Pois bem, aos primeiros respondemos: não é nada fácil ficar imune aos encantos sedutores dos DDAs. Aos próprios devemos prevenir que a tarefa não é fácil, mas está longe de ser impossível. A dica fundamental é escolher uma pessoa muito especial que goste de *gente,* com suas virtudes e suas limitações.

Ao casal peço que leia com muita atenção e carinho a pequena lista de dicas que fizemos ao longo de todos esses anos atendendo DDAs e seus parceiros. Sugerimos que cada um leia individualmente e depois releiam juntos com muita calma. O objetivo principal das dicas é contribuir para o estabelecimento de uma forma melhor de comunicação nos relacionamentos afetivos com os DDAs.

Discorde, debata, reflita, pense, repense, mas não deixe de tentar praticar, pelo menos algumas delas.

Ei-las:

1. Informe-se o máximo que puder sobre o seu funcionamento DDA. Só assim você poderá compreender que muitas atitudes suas não são provocadas intencionalmente por seu parceiro e sim pela própria instabilidade de seu funcionamento. Isso ajuda muito o DDA a não ficar culpando o parceiro por seus erros ou insatisfações. Às vezes você estará de mau humor ou angustiado pela sua maneira de ser, mas sabe que isso passa, se você buscar algo útil e

interessante para fazer. Não caia na armadilha fácil e previsível de colocar suas motivações, angústias, alegrias, tristezas ou fracassos sob a responsabilidade de sua relação afetiva, pois ninguém no mundo tem o poder de sozinho fazer você feliz ou infeliz.

2. Tente colocar-se na posição do seu parceiro. Lembre-se de que cada pessoa tem sua maneira de ser. Respeite o jeito dele para que ele possa fazer o mesmo em relação a você.

3. Seja sincero na sua relação. Ouça com atenção. Às vezes, sua visão dos fatos pode estar distorcida por sua hipersensibilidade.

4. Reserve um tempo por dia para ficar sozinho com seus pensamentos e não se esqueça de explicar ao seu parceiro que isso é muito importante para seu equilíbrio. Isso irá fortalecer sua estrutura interna.

5. Não tenha medo de ser rejeitado por ser sincero. Para um DDA, uma relação afetiva só tem chance de dar certo se ele sentir-se amado de fato, com suas qualidades e limitações.

6. Procure ter um mínimo de organização na sua relação. Pequenas coisas trarão ao seu parceiro a segurança de que ele precisa para saber que você está atento a ele. Um telefonema durante o dia, o jantar combinado, a leitura compartilhada de um jornal de domingo etc. com o tempo, o hábito trará bons resultados.

7. Não diga “sim”, quando quiser dizer ”não”. Se não tiver vontade de ir a uma festa do trabalho dele(a), não vá, pois seu impulso reprimido poderá acabar por tornar o compromisso bastante desagradável para ambos.

8. Não crie brigas só para ter motivos de sair com amigos ou dar um *rolê* por aí. Seja sincero e explique que isso, às vezes, acontece com você em períodos de muita inquietação, e que essas saídas acalmam a agitação da sua mente.

9. Siga seu tratamento médico e estimule seu parceiro a participar dele, criando cumplicidade e melhorando o entendimento.

10. Tente entender que sendo DDA, muitas vezes, você se verá envolvido por impulsos sedutores, que, na realidade, só representam a busca imediata de um novo estímulo; por isso mesmo, pense no mínimo três vezes antes de partir para um jogo de sedução.

11. Tenha a humildade de permitir que o mais organizado dos dois tome a frente das responsabilidades financeiras do casal. Se você não consegue controlar talões de cheque, cartões de crédito, contas de luz, gás, telefone etc., deixe que seu parceiro administre tudo até que você sinta-se capaz de começar a contribuir.

12. Crie o hábito de fazer elogios a seu parceiro. Isso fará com que se sinta presente em seus pensamentos e o estimulará a fazer o mesmo. Você sabe o quanto um elogio pode levantar o astral de um DDA? Muitíssimo!

13. Cuidado para não se ”contagiar” com problemas afetivos de casais amigos. Concentre-se em resolver os conflitos da sua relação e não tome parâmetros externos para esse fim.

14. Nunca utilize o fato de ser DDA como desculpa para fracassos afetivos, pois o conhecimento desse comportamento, aliado a uma vontade verdadeira de melhorar como pessoa e a dois, podem render-lhe muita capacidade de compreensão em um relacionamento.

Algumas dicas bem valiosas também podem ser observadas pelos parceiros dos DDAs. Aqui, vale destacar que, segundo estatísticas, os homens são mais propensos a terem DDA do que as mulheres. Sendo assim, o cônjuge de um DDA será mais provavelmente uma mulher. Uma ”sobrecarregada” e ”solitária” mulher. No entanto, as sugestões fornecidas abaixo são válidas para ambos os sexos.

1. Não se culpe pelo DDA dele. Você pode ajudar seu parceiro a buscar ajuda, auxiliá-lo em sua organização particular, tentar fazer a vida mais fácil para ele. No entanto, não é sua missão ”resgatá-lo”. Não seja onipotente, por mais frustrante que isso possa parecer, você não pode fazer o comportamento DDA dele desaparecer, assim como não se pode fazer o diabetes ou hipertensão arterial de uma pessoa sumir como em um passe de mágica. Você não é responsável pelo transtorno dele, nem ele pelos seus. Se você está sentindo-se culpada pelas tristezas ou frustrações dele, não vá por esse caminho e não permita que os outros tentem levá-la com frases ou pedidos do tipo: ”seja mais tolerante”, ”não custa dar uma forcinha”, ”se você o ajudasse mais...”.

2. Não acoberte as falhas do DDA. Os parceiros dos DDAs tendem a assumir o papel de ”zeladores” da família, principalmente se forem mulheres, uma vez que culturalmente estas são bem mais tolerantes com maridos e filhos. Elas pegam papéis pelo chão, meias perdidas, documentos esquecidos, lembram todas as datas importantes na família, pagam todas as contas e limpam os cafés, sorvetes e sucos derramados. Lembre-se de que nenhum ser humano é incompetente, temos uma natureza que nos permite aprender tudo com a experiência da vida. Não caia no erro fácil de achar que controlar e assumir todas as responsabilidades de seu parceiro lhe dá ”poder” sobre ele. Viver integralmente para administrar a vida do outro pode trazer-lhe a sensação de ser escravo particular de alguém e isso traz ressentimentos e acaba por não beneficiar ninguém. Tenha sua vida própria, tire as tarefas dele de seus ombros. Escolha suas responsabilidades de acordo com as conseqüências. Assim, você pode escolher pagar a conta do telefone, pois, caso contrário, isso trará problemas para ambos. Não mande cartões de aniversários para os parentes dele. Se quiser, mande você os seus em seu nome. Resista à tentação de recolher as roupas dele do chão. Agindo assim, você ficará menos ressentida e dará a ele oportunidade de aprender com a experiência da vida cotidiana.

3. Dê mais atenção a você. Parceiros afetivos de DDAs sempre reclamam sobre o egoísmo ou o narcisismo deles. Em verdade, isso, muitas vezes, não é mais do que uma autoconcentração, ou seja, freqüentemente estão tão absortos em pensamentos, idéias e imagens que bombardeiam suas mentes, que esquecem do mundo ao seu redor. Essa desatenção é muito difícil de ser aceita pelos parceiros dos DDAs. Lembre-se de que isso não é contra você, afinal, ele tem déficit, ou melhor, uma instabilidade de atenção. Dê-se mais atenção e tente colocar-se em primeiro lugar, pelo menos em sua vida profissional e pessoal. Sem rancor, mágoas ou culpas. Isso será sadio para ambos.

4. Não permita abusos. Como foi visto, alguns DDAs podem ter grandes dificuldades em controlar seus impulsos verbais e às vezes físicos. Abuso verbal ou físico não é para ser tolerado em nenhum relacionamento. DDA não pode ser

desculpa para isso. Como um adulto, seu parceiro DDA deve aprender a lidar com a raiva e a frustração de uma maneira aceitável. Se ele não consegue conter seus impulsos, precisa da ajuda de um profissional. Insista para que procure ajuda médica.

5. Procure apoio. Os parceiros dos DDAs muitas vezes tendem a se sentir isolados e solitários, em face do tempo que a vida deles toma da sua. Se você tem dificuldade em mudar essa engrenagem vital, procure apoio. Os locais especializados em tratamentos de DDAs contam em suas equipes com pessoas que orientam seus parceiros nesse sentido e os ajudam a reconduzirem sua vida pessoal, social, afetiva e profissional de uma maneira mais agradável e saudável para ambos.

6. Valorize e reafirme as pequenas vitórias. Não esqueça: seu parceiro não é só o transtorno dele. Mesmo dentro de seu comportamento DDA, tem qualidades que não devem ser esquecidas. Ser parceiro de um DDA pode ser muito desgastante, como já foi visto; no entanto, não deixe o desgaste encobrir as coisas boas que ele faz ou tenta fazer por você. Converse com ele e explique que você também aprecia elogios e agrados. Uma conversa carinhosa com um DDA pode surtir grandes efeitos positivos. Não se esqueça de que a hipersensibilidade é uma das características deles. Nesse aspecto, algo que merece destaque é o que se chama de ”concentração equivocada”. Um bom exemplo disso é quando seu marido DDA faz uma surpresa e lhe dá de presente uma roupa da moda, mas que você só poderia usar se fosse vinte anos mais nova, ou seja, no tempo que vocês eram namorados. Ou ainda a presenteia com uma linda cesta de chocolate, esquecendo-se de que seu colesterol está altíssimo. Quando isso ocorrer, e ocorrerá várias vezes, não perca o humor, afinal poucas pessoas no mundo cometem gafes tão engraçadas. Mas não se esqueça de que ele pensou em lhe agradar; entretanto, sua concentração estava no lugar errado (equivocadas).

Tente rir da situação, não fique magoada. Estimule-o a tentar outras vezes. Com o tempo ele *acabará* acertando.

DDA e dependência de pessoas

Os DDAs têm uma tendência a dependências em geral. Essa dependência muitas vezes pode manifestar-se em uso de drogas e remédios. Em tais casos, verifica-se que quase sempre o consumo de certas substâncias costuma ocorrer, como conseqüência, de um cérebro que busca, de maneira incessante, acalmar-se, organizar-se ou mesmo manifestar-se de maneira mais efetiva ou estruturada, na relação consigo mesmo ou com os outros. E é nesse aspecto do relacionar-se com o(s) outro(s) que se inicia, desde muito cedo, o desenvolvimento de relacionamentos que terão como tônica a dependência de pessoas, já que desenvolver uma relação de dependência com alguém é, geralmente, um fator de estrutura para o DDA. E se for considerado que qualquer relação baseada na dependência não traz boas conseqüências — afetivas ou profissionais,— é possível entender que a grande dificuldade dos DDAs é a de se relacionar. É claro que para todas as pessoas, DDAs ou não, estabelecer relações saudáveis e independentes é importante, no entanto, para o DDA esse fator é primordial para

sua estabilidade pessoal, que sempre irá manifestar-se em maior aproveitamento de seu potencial produtivo.

Se for lembrado que a hipersensibilidade e a hiper-reatividade são características do comportamento DDA, pode-se logo imaginar ou mesmo constatar o grande estrago que relações desse tipo podem causar.

As relações de dependência de pessoas DDAs podem ser classificadas de três maneiras genéricas:

- Dependência Ativa
- Dependência Passiva
- Dependência Mascarada

Essa classificação é empírica e fruto da nossa observação clínica diária, em contato com o sofrimento afetivo dos DDAs. Sofrimento que sempre traz intensos e angustiantes problemas cotidianos. A classificação baseia-se na origem da formação emocional desses indivíduos, que começa na infância, pois é justamente aí que se inicia todo o alicerce de nossa estrutura interna que, por sua vez, será o terreno sobre o qual nossa auto-estima irá assentar-se, seja para crescer saudável, seja para manter-se frágil e dependente de referências externas, que, por serem externas, estarão sempre sujeitas a variações imprevisíveis. Para que fique mais claro, imagine que a auto-estima seja uma aplicação financeira que está totalmente vinculada a variações das bolsas de valores mundiais. Logo se constata que, como um investimento financeiro de grande porte, nesse tipo de aplicação, nossa auto-estima sofre grande risco de se ver quebrada e aniquilada de maneira temporária ou, quem sabe, para o resto da vida.

Assim sendo, a estruturação interna irá determinar a auto-estima de cada um de nós. Esta, por sua vez, determinará a capacidade individual de cada um reagir às dificuldades da vida, principalmente, na área emocional.

DEPENDENTES ATIVOS

O adulto DDA, que irá desenvolver esse tipo de dependência de pessoas, teria sido uma criança que teve sua estruturação emocional iniciada em um ambiente (família, escola e comunidade) de insegurança, que acabou por despertar-lhe medos racionais ou irracionais contra os quais se viu impelido a enfrentar. Partiu da premissa de que poderia cuidar de si e das pessoas mais frágeis ao seu redor, ao seu jeito e, quando necessário, se valeria de seu impulso, até mesmo de forma agressiva, para defender os fracos e oprimidos, inclusive ele próprio. Na realidade, vestiu-se de super-herói e acabou por acreditar que sua força estava em sua roupa e não dentro de si.

É claro que essa criança cresceu e suas atribuições aumentaram na mesma proporção de seu corpo. Quanto à sua roupa, fez de tudo para esticá-la, mas é claro que já não era suficiente para esconder todos os seus medos e inseguranças. É aí que cai em outra ”cilada”, tenta substituir a roupa velha e apertada por objetos externos (carros importados, relógios e canetas de grife) ou relacionamentos. Tudo tem que estar sob seu controle: os objetos e, principalmente, as pessoas.

Quanto às relações, o herói será visto relacionando-se com pessoas com as quais ele possa controlar. A regra básica é: ”deixe:me controlar tudo, pois assim me sinto seguro”. São geralmente os DDAs que alcançam grande sucesso no trabalho (empresários, executivos e políticos), mas tendem a centralizar tudo na sua pessoa e com isso acabam por se sobrecarregar. O estresse, seguido de exaustão física e mental, é inevitável.

Com esse funcionamento, o DDA pode produzir relacionamentos afetivos e profissionais desastrosos para ambos os lados. Principalmente para ele próprio, pois a sobrecarga, muitas vezes, pode gerar-lhe estados depressivos nos quais se verá como uma pessoa explorada pelos outros e pensará que essas pessoas só estão ao seu lado pelo que ele pode oferecer *e* não por ele mesmo. Isso irá abalar sua já fragilizada auto-estima, fechando um círculo vicioso de autodepreciação e insegurança. Seus parceiros (afetivos ou profissionais), por sua vez, atravessarão momentos de raiva; afinal, todo controlado costuma nutrir sentimentos hostis por seus controladores, acabando por gerar ressentimentos, acomodações e muitas manipulações na relação. Em determinado tempo o controlado pode não saber mais se ama, depende ou precisa do controlador. O resultado final será quase sempre a falência dessa relação, que só poderá ser salva se ambas as partes tiverem compreensão e vontade verdadeira de reverter esse jogo de cartas marcadas.

Fabiana, veterinária, 37 anos, foi uma menina DDA hiperativa, criada em um ambiente que não lhe proporcionou segurança. Sentia que o pai, embora extremamente amoroso e cuidadoso, carecia de ”seriedade”. Estava sempre brincando, tentando desviar o foco dos assuntos sérios e assim minimizá-los. Embora ainda não soubesse definir muito bem, sentia que o pai não enfrentava os problemas e, portanto, se acomodava, não indo à frente, apesar do enorme potencial que todos sentiam nele. Hoje se tortura com isso, pois absorveu do pai a mesma disposição despreocupada e bem-humorada e crê que isso a desvia do enfrentamento de situações mais sérias. O que não sabia, e começou a elaborar em seu processo de terapia, é que, na verdade, sempre esteve dolorosamente consciente de todos os problemas pelos quais passou e está passando, mas busca ativamente esquecê-los através de passatempos pueris que só fazem aumentar o seu sentimento de culpa e comparar-se com seu pai, ”o zé-ninguém bonachão”. A mãe é vista por ela como uma pessoa melindrosa, um tanto infantil, que não se furta a teatralizar e lançar mão de mal-disfarçadas chantagens emocionais para conseguir atenção ou quando é frustrada em algo. Muito embora mime sua mãe — afinal, é uma forma de amar que não deixa de ser controladora,— Fabiana se exaspera quando esta se descontrola porque quer falar ao telefone e outro membro da família está ocupando a linha. Por causa disso diz que está passando mal, joga vários objetos no chão e ameaça se desfazer não só do telefone, mas também de outros bens da família. ”É uma ameaça de represália, é absolutamente infantil e eu não consigo deixar de sentir raiva. Sei que não posso contar com ela, nem com meu pai. Eles é que precisam de mim.” E, assim, assumindo a posição de cuidadora e ponto de equilíbrio da família, vai adiando o momento em que poderia deixar a casa de seus pais e viver sua própria vida, prejudicando assim sua privacidade, independência e até mesmo seus relacionamentos amorosos. O que Fabiana ainda não consegue admitir

conscientemente é que ela é dependente desse ambiente e dessa relação familiar. Assumir a posição de ”racional” em sua família proporciona-lhe a estrutura que precisa para organizar-se e sentir-se no controle de algo. A estimulação constante proporcionada por seus familiares, as brigas, os problemas, sempre a deixam na posição de timoneiro de um navio em mar revolto. Isso a concentra e preenche quase todo seu tempo, desviando-a de pensar longamente em seus próprios problemas e questões, em traçar objetivos para si mesma e lutar por eles. Se essa demanda surge em um relacionamento amoroso, imediatamente sente-se ameaçada. Antes disso acontecer, luta para assumir o controle da relação, forçando sutilmente seu companheiro a desenvolver uma relação de delicada dependência, conseguindo, assim, decidir desde a freqüência com que se verão, até o que farão, criando uma estrutura que reproduz, nos seus relacionamentos amorosos, a sua dinâmica familiar, e ao mesmo tempo não se sentir ameaçada por exigências desse relacionamento amoroso. Quando não está às voltas com um (família), está com outro (namorado); jamais, com ela mesma. Se por acaso sobra-lhe algum tempo, volta-se aos passatempos sem conteúdo. Afinal, ”depois de tantos aborrecimentos, em casa, no trabalho, no namoro, eu preciso ficar um tempo sem pensar em nada sério”. O que tenta impedir o tempo todo é a sensação de estar sendo, talvez, acomodada como o pai, e a impressão de que deveria estar estruturando sua própria vida e não a de sua família ou a de seu namorado. Assim, se poupa de lançar-se ao fogo e à dúvida sobre se seria capaz ou não de organizar-se em torno de objetivos q não tem tempo de traçar para si mesma.

DEPENDENTES PASSIVOS

O DDA que desenvolve dependência passiva com as pessoas foi uma criança que, provavelmente, teve sua estruturação emocional iniciada num ambiente em que seus cuidadores tinham tendência a superprotegê-la. Assim, sempre que surgia um problema, este era resolvido de pronto, sem que ela pudesse agir por iniciativa própria. Nas poucas vezes que essa criança tentou agir sozinha, sem que seus cuidadores soubessem, teve sua iniciativa severamente criticada.

Com o passar dos anos, isso fez com que essa criança criasse o hábito de não ter iniciativas e, conseqüentemente, se acomodasse, seja pelo hábito, seja mesmo pelo medo e desconforto que sentia, quando recebia duras críticas. Assim, acabou optando por calar-se e esperar que os outros fizessem por ela tudo aquilo de que viesse a precisar. Vestiu a pele do patinho feio e acreditou que essa roupagem era eficaz contra suas inseguranças, medos e críticas. Evidentemente a criança cresceu e agora sua roupa de patinho feio não é mais aceita perante as cobranças da vida. Trata-se, agora, de um adulto sem qualquer estrutura interna e auto-estima para fazer frente às adversidades. Sua segurança está novamente fora de si, precisa de parceiros afetivos e profissionais que lhe digam onde e como fazer suas atribuições. A insegurança, que já era grande, agora é maior que a estátua do Cristo Redentor que ele vê todos os dias no caminho para o seu trabalho. Então, esses DDAs acabam por se tornar pessoas de sucesso limitado, pois são incapazes de exercer todo o seu potencial. No trabalho, na família, no contato social, necessitam de alguém que lhes dê as instruções corretas. Suas

relações tornam-se muito desgastantes para ambos os lados, pois pessoas passivas precisarão de pessoas ativas que lhes mostrem o caminho, mas terão muito medo de perder essas pessoas e tenderão a escolher parceiros não por afeto, mas por necessidade de direção. Quanto aos parceiros, no início podem gostar da idéia de darem as cartas, mas, após algum tempo, irão sentir-se sobrecarregados e usados pelo dependente passivo. O resultado também será a falência dessa relação ou a permanência nesse pacto de infelicidade.

Luana é professora de Português, tem 34 anos, mas ninguém lhe dá essa idade. Não só porque o tempo e a genética a favoreceram, mas também porque seu jeito extremamente frágil faz com que as pessoas atribuam-lhe no mínimo 10 anos menos. Sua fala é baixa, o tom é agudo e infantil. Quando está só, divaga e sonha acordada, como uma típica DDA sonhadora. Quando alguém se apresenta para conversar, Luana, invariavelmente, inicia um discurso em que, até sem querer, ou por já estar condicionada, dá demonstrações de sua fragilidade e dependência. Pega um gancho em qualquer assunto e diz indiretamente o quanto quer ser cuidada. Se o tempo está lindo e se fala em praia ou piscina, ela fala sobre o seu resfriado: "Infelizmente, não ia poder entrar em piscina..." e no quanto está sentindo-se enfraquecida. Pede conselhos sobre qualquer coisa, com perguntas do tipo "ai, o que eu faço, hein?" e o seu discurso é pontuado de diminutivos: "oizinho", "estou tristinha hoje" etc.

Após algum tempo, cria um desconforto na pessoa com quem está conversando, que passa a sentir-se sobrecarregada, além de sentir-se culpada por ter vontade de terminar a conversa. Luana contou em terapia que uma das amigas teve coragem de dizer-lhe abertamente isso, numa ocasião em que perguntou a essa amiga por que nunca conseguia firmar-se na vida amorosa. Sua amiga disse-lhe que poderia assustar as pessoas, na medida em que quase ninguém se sentia capaz de dar conta de tanta dependência. Infantilmente, Luana tomou essa observação como "bronca" e passou a achar que sua amiga não gostava mais dela. Em terapia, começou a elaborar mais seus sentimentos e foi percebendo como, muitas vezes, reagia como uma criança amuada e não aprendia com os conselhos que ela mesma pedia repetidamente aos amigos.

Obviamente, tende a se interessar e apaixonar por pessoas controladoras, a quem admira, mas sem tentar absorver algo delas. Só que, mesmo os homens mais controladores, não se sentem confortáveis no papel de cuidadores *full-time.* Eles acabam fugindo.

Sua vida profissional é apenas um arremedo. Leciona em uma escola particular e ganha pouco. Seu último namorado perguntou-lhe por que nunca tinha feito concurso público para magistério, ou mesmo para qualquer outra área que exigisse nível superior. Ela pergunta-se, hoje, surpresa: "É mesmo, por que não?" Aparentemente, Luana nunca pensou em outra saída. Principalmente nas saídas que exigissem iniciativa e escolha. Continuava atravessando os dias em movimento inercial. Mas agora está preparando-se para vários concursos.

Não pode sair da casa dos pais e até hoje é tratada como adolescente, inclusive sendo proibida de fazer alguns programas ou chegar após certo horário. Hoje, considera seu ambiente familiar como sendo, ao mesmo tempo, causa e conseqüência desse seu funcionamento afetivo. Cresceu sendo controlada, mas como não reagia, mesmo depois de adulta, abriu a porta para que seus pais e

irmãos fossem tornando-se cada vez mais diretivos. Hoje em dia, vê a conquista da independência financeira como a saída mais lógica para esse impasse, e está fazendo por onde. A questão mais importante a trabalhar em terapia é o fato de, uma vez conquistado o seu objetivo, conseguir desvencilhar-se de sua dependência afetiva também. Sem precisar de outras pessoas que apontem a direção, ou melhor, que a levem pelas mãos.

Uma observação muito importante é que a dependência passiva ou ativa não é um funcionamento estanque. No dia-a-dia da nossa prática clínica, pudemos observar que a grande maioria das pessoas alterna entre esses dois estilos, dependendo do contexto ou das pessoas com quem se está lidando. Um DDA que desenvolva relação de dependência afetiva ativa com sua família pode funcionar em um estilo de dependência passiva em seu trabalho ou na convivência com amigos, por exemplo. Os únicos tipos menos flexíveis que pudemos identificar, e que são minoria, serão descritos no próximo tópico.

DEPENDENTES MASCARADOS (“EGOÍSTAS”)

Este é um tipo disfarçado de dependente. Quando criança, apresentou história de viver em um ambiente que não lhe dava segurança. Sentia-se desamparada, principalmente por ver em seus cuidadores comportamentos não só omissos, como também de desajustes patológicos (vícios, doenças mentais, como Esquizofrenia, Psicose Maníaco-Depressiva etc.). Os comportamentos dos cuidadores eram vistos por essa criança como incapazes e hostis. Por isso resolve tomar as rédeas de sua própria vida buscando realizações externas para lhe conferirem segurança. No entanto, não alimenta o sentimento de se responsabilizar por seus familiares, uma vez que as alterações de comportamento destes não foram vistas como fragilidade ou doença. Para ela, eram somente adultos fracos e hostis. Vestiu então a pior de todas as roupas: a da indiferença. Pensou que assim seguiria sua vida, teria sucesso profissional e não teria vida afetiva. Afinal, quem precisa de pessoas problemáticas por perto?

Desse tipo são os adultos que alcançam grande sucesso em suas vidas profissionais, desde que possam exercer suas tarefas de forma solitária. Se são obrigados a desenvolver convívio em grupo, acabam por fracassar por total impossibilidade de se relacionar com equipes de trabalho.

Quanto às relações afetivas, não há o que falar, pois nem chegam a existir de fato. O que pode haver é um rudimento de relação em que regras rígidas são estabelecidas pelo mascarado, para que a convivência com alguém nunca se torne uma relação verdadeira. É muito difícil encontrar um parceiro que aceite tais limites. Se isso ocorre, estabelece-se uma convivência formal e com poucas chances de ocorrer trocas que possam contribuir para a segurança emocional de ambos.

Júlio é um típico representante desse grupo. DDA hiperativo/impulsivo. Advogado bem-sucedido, é um *workaholic* confesso aos 29 anos. Nascido em uma família de classe média baixa, a qual ele define como desestruturada. Provavelmente, a desestruturação vista por ele era a doença de seu pai, que sofria de Transtorno Bipolar do Humor (anteriormente chamada de Psicose Maníaco-Depressiva). Sua mãe tinha freqüentes crises depressivas e era bastante

queixosa. Para ele, não passava de uma ”fraca”. O pai, um ”incapaz”. Os dois se escondiam atrás de suas doenças, em sua opinião. Muito cedo, aprendeu a engolir o choro e a resolver seus próprios problemas. Sentia que não podia contar com os pais para nada, muito embora já comece a admitir que lhes deu poucas chances. Não perdoou as primeiras falhas dos pais e não quis pagar para ver se haveria outras. Autodidata, galgou posições e adquiriu conhecimentos sozinho, estudando em bons colégios públicos, vencendo as disputas acirradas das perversas relações candidato-vaga, muitas vezes estudando na garagem, já que seus familiares não respeitavam ou não compreendiam sua necessidade de isolamento. Foi favorecido com uma capacidade fantástica de hiperfoco.

Hoje, mantém uma distância da família definida por ele como ”segura”. Faz questão de não auxiliar os pais ou irmãos mais novos. ”Não posso carregar em meus ombros o resultado da indolência deles”, frisa. Justifica-se dizendo que ”...estaria perpetuando a pachorrice da família. Ouço por aí que não se deve dar o peixe, mas sim ensinar a pescar. Mas nem isso tenho vontade de fazer. Nem isso tive, alguém que me ensinasse a pescar!” Está noivo há sete anos, mas não vê com bons olhos a perspectiva de casar. Poderia considerar tal possibilidade, mas só se sua noiva concordasse em morar em casas separadas. Sua noiva faz parte de seu estilo de vida, mas não de sua vida, afetivamente falando. Faz questão que ela seja independente e incomoda-o a perspectiva de alguém contar com ele ou precisar dele para alguma coisa. As despesas do casal são divididas na metade exata. Filhos, nem pensar. Procurou tratamento porque tem sentido uma incômoda falta de concentração. Está ansioso com a proximidade dos concursos públicos na área jurídica. Em sua opinião, esse é o seu único problema no momento. Sente-se infeliz, mas não sabe o porquê.

Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo.
e com *cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo.*
Corro o lápis em torno da mão e me dou uma luva.
e se faço chover, com *dois riscos tenho um guarda-chuva.*
Se um pinguinho de tinta cai num pedacinho azul do papel.
num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu.
Vai voando, contornando a imensa curva Norte e Sul.
Vou com *ela viajando Havaí, Pequim ou Istambul*

”Aquarela”
(Toquinho)

Capítulo 6 - O QUE OS DDAs TÊM QUE OS OUTROS NÃO TÊM?

idéias, sensações e emoções que não podem ser quantificadas: a questão da criatividade...

Quando se pensa em DDA, logo vem à mente a imagem de um cérebro em estado de ”caos”, que ocasiona na vida de seus portadores uma existência marcada por distrações, bombardeio constante de estímulos vindos de todas as direções, incapacidade de distinguir fatos relevantes frente aos irrelevantes, inquietação intensa e impulsividade fora de controle. Diante dessa visão restrita, pode-se ter a idéia errônea de que todo DDA estaria fadado ao fracasso e insucesso na vida, principalmente na área social e profissional.

Mas é justamente aí que surge uma questão, no mínimo, intrigante: como explicar então o fato de DDAs brilhantes estarem presentes nas mais diversas áreas profissionais? E, mais ainda, o que dizer sobre a genialidade inquestionável de Mozart, Einstein, Henry Ford, Leonardo da Vinci, Van Gogh e muitos outros que apresentavam e apresentam um funcionamento DDA inegável?

Muitas teorias têm sido elaboradas com o intuito de elucidar a aparente inexplicabilidade do sucesso obtido por personalidades com comportamento DDA nos mais diversos setores do conhecimento humano. Infelizmente, a ciência não tem uma explicação exata para esse fato; até porque o funcionamento cerebral humano não segue nenhuma lógica aritmética previsível. Afinal, idéias, sensações e emoções não podem ser quantificadas, sob a pena de deixarem de ser características humanas imensuráveis.

Neste território tão empírico, uma coisa é certa, o funcionamento cerebral DDA favorece o exercício da atividade humana mais transcendente que existe: a criatividade. Se entendermos criatividade como a capacidade individual de ver os mais diversos aspectos da vida sob um novo prisma e então dar forma e corpo a novas idéias, será notado que a mente DDA, em meio à confusão resultante do intenso bombardeio de idéias, é capaz de entender o mundo sob ângulos habitualmente não explorados. Assim, quando um DDA pensa, por exemplo, na palavra azul, ele é capaz de acionar um sistema visual derivativo que, a partir daí, torna possível ver o mar, céu, lazer, calma, descanso, paz, natureza, romance, música tranqüila, sol, calor, e assim por diante. Esse pensamento derivativo de aspecto visual muitas vezes é responsável por estados confusos e desatentivos, mas, por outro lado, é capaz de intensificar, de maneira bastante favorável, o processo de criatividade.

Não é só a hiperatividade mental que favorece o processo criativo nos DDAs. Outros aspectos desse funcionamento cerebral devem ser destacados: a impulsividade, o hiperfoco e a hiper-reatividade.

A impulsividade é responsável pela escolha de uma idéia entre milhares que circulam pelo cérebro dessas pessoas. Sem o impulso, uma idéia não poderia se corporificar em uma ação criativa. O que seria do automóvel se Henry Ford não tivesse tido o impulso de transformar sua idéia em uma criação de fato? Dessa maneira, pode-se entender o impulso como o meio de transporte mais eficaz para as idéias começarem a sair do plano virtual para o real.

O hiperfoco pode ser definido como a capacidade que um DDA possui de se hiperconcentrar em determinadas idéias ou ações. Parece estranho falar em

hiperconcentração para pessoas que são designadas como portadoras de déficit de atenção, mas, como já havíamos mencionado anteriormente, preferimos usar o termo ”instabilidade” de atenção e não déficit. Isso porque um DDA pode alternar estados atencionais de maneira radicalmente intensa em função do tema ou assunto em questão. Movidos por um impulso passional, os DDAs são capazes de permanecer horas e dias hiperconcentrados em uma determinada idéia, possibilitando, dessa maneira, a realização de um processo criativo até o seu ponto final — a obra criativa —, a materialização da idéia criativa inicial.

A hiper-reatividade é responsável pela capacidade da mente DDA em não parar nunca. Trata-se de uma hipersensibilidade que essas mentes possuem em se ”ligar” a tudo ao mesmo tempo. Dessa forma, o cérebro DDA funciona como uma antena parabólica que gira todo o tempo, captando simultaneamente os mais diversos estímulos do mundo externo. É como se o mundo lhe fosse interessante e instigante todo o tempo. Por isso é tão comum observar DDAs em situações do tipo: lendo um livro enquanto assiste à TV e fazendo observações coerentes sobre uma conversa familiar que está acontecendo ao seu redor.

O grande poeta Fernando Pessoa ilustra de maneira irreparável esse fato em um de seus poemas, ao afirmar: ”O mundo de tão interessante que é, chega a doer, a ranger, a enjoar, a cortar, a roçar... talvez eu sinta demais...”

A hiper-reatividade externa (em relação ao mundo) pode ser aliviada quando o DDA tenta colocar-se em ambientes mais calmos e, por isso mesmo, menos excitantes. No entanto, existe uma outra hiper-reatividade, a interna, que parece não ter fim. Esta, como o próprio nome indica, ocorre no interior do universo mental do DDA. Uma vez que sua mente está sempre reagindo a si mesma, ela pensa e repensa todo o tempo. Tal qual um vulcão fora de atividade, um DDA pode apresentar-se calmo e tranqüilo externamente mas, por dentro, mantém-se agitado e inquieto.

Tanto a hiper-reatividade externa como a interna são responsáveis por um estado de inquietação mental permanente, que acaba por manter toda uma rede de pensamentos e imagens em atividade intensa, propiciando assim o processo criativo dos DDAs.

Antes de prosseguirmos é fundamental que sejam estabelecidos alguns conceitos. Quando se destaca que o funcionamento DDA propicia a criatividade, está se inferindo que estas pessoas, em sua grande maioria, são seres criativos. No entanto, nem todos serão criadores. O que pretendemos enfatizar aqui é a importância do processo criativo ser concluído, ou seja, iniciar-se na idéia ou pensamento criativo e finalizar-se na obra criativa. Como exemplo do exposto, destacamos o feito de Graham Bell. Ele partiu de uma idéia criativa: tornar possível a comunicação de pessoas que se encontravam distantes umas das outras. E seguiu até o ponto final desse processo, que se constituiu em sua obra criativa: o telefone. Através desse enfoque, pode-se afirmar que Graham Bell foi mais do que um ser criativo. Cabe-lhe o *status* merecido de criador.

Exatamente nesta dialética ”criativo X criador” encontra-se o maior de todos os desafios para um DDA. A mágica está em tornar produtivo e completo todo esse mecanismo. A maioria dos DDAs se perde no meio desse caminho, dissipando sua energia em várias frentes, em vez de canalizá-la para um único objetivo de cada vez. Será visto mais adiante que o cerne do tratamento dessas

pessoas consiste em descobrir e organizar um processo de transformar idéias em fatos, tal qual sair da inércia para a ação. Afinal, é isso que distingue os indivíduos criativos dos criadores.

DDA, criatividade e hemisfério direito.

Em 1990, Alan Zametkin (do *National Institute of Mental Health)* constatou que havia uma ”ciranda” bioquímica diferente nos cérebros de pessoas DDAs, Seus estudos abriram as portas para um entendimento mais acertado, científico e, principalmente, justo, para milhares de pessoas que, em vez de serem corretamente identificadas e tratadas, eram ”discriminadas” pela desinformação do comportamento DDA. Através de um exame chamado PET-SCAN — uma espécie de tomografia cerebral sofisticada que utiliza material radioativo —, Zametkin pôde avaliar o metabolismo cerebral, durante a realização de tarefas que testavam a atenção e a vigilância em indivíduos com comportamento DDA. Ele observou uma redução na captação de glicose radioativa no cérebro dessas pessoas. Sabendo-se que a glicose (açúcar vindo dos alimentos) *é a* principal fonte de energia das células cerebrais, tem-se que a redução *de* seu aproveitamento significa uma diminuição na atividade energética dos cérebros DDAs. O dado mais importante nesse estudo foi a constatação de que a redução metabólica era maior na região frontal do cérebro — a parte do cérebro a que os leigos chamam ”fronte”. Considerando-se que o lobo frontal é o grande ”filtro” inibidor do cérebro humano, pode-se entender que muitos dos sintomas DDAs surgem por uma redução parcial do lobo frontal em bloquear e filtrar estímulos ou respostas impróprias vindas das diversas partes do cérebro com o objetivo de elaborar uma ação apropriada no comportamento humano. Assim, se o filtro ”falha”, a ação final será mais intensa ou precipitada do que deveria ser. Daí a impulsividade e/ou a hiperatividade no funcionamento desse cérebro tão sem freio quanto veloz.

Com relação à atenção ocorre o mesmo processo: sem um filtro eficiente, a mente DDA é invadida por uma avalanche de estímulos que acabam por desviar seu foco atentivo a todo instante. Por isso tudo é que costumamos dizer que os cérebros DDA andam a 200 km/h, enquanto os demais mantêm-se nos permitidos 80 km/h.

Em estudos posteriores realizados por H. C. Lou, este chegou às mesmas conclusões de Zametkin sobre a diminuição do fluxo sangüíneo (marcado com glicose) nas regiões frontais dos cérebros DDAs. No entanto, os estudos de H. C. Lou acrescentaram um pequeno e fundamental detalhe, demonstrando que a redução da captação da glicose radioativa transportada pelo fluxo sangüíneo era maior e mais bem definida no hemisfério direito do que no hemisfério esquerdo do cérebro.

Essa pequena diferença pode ser decisiva para explicar o funcionamento DDA como um todo, tanto nos seus aspectos mais difíceis quanto nos seus aspectos mais prodigiosos e criativos, como veremos adiante.

Atualmente, muitos pesquisadores chegam a afirmar que o PETSCAN só possui valor complementar no processo diagnóstico de um indivíduo com história pessoal de DDA, se a redução do fluxo sangüíneo estiver restrita à região frontal do hemisfério direito do cérebro. Confessamos ter muita simpatia por esses

estudos, até porque em nossa prática clínica temos solicitado como rotina o exame denominado SPECT (exame muito semelhante ao PET-SCAN, já que este é, ainda, de restrita disponibilidade no Brasil) em pacientes com história clínica positiva para DDA e pudemos observar, então, que os pacientes que apresentavam correlação mais fidedigna entre a história pessoal de DDA e o resultado do SPECT eram justamente aqueles em cujo exame era evidenciado um déficit de fluxo sangüíneo na região frontal do hemisfério direito do cérebro.

A correlação recente entre DDA e região frontal direita evidenciada por tomografias sofisticadas cria um território favorável a que se pense na existência de uma assimetria funcional entre os hemisférios direito e esquerdo no cérebro dessas pessoas. Isso aconteceria pelo fato de o lobo frontal direito apresentar uma redução em suas atividades inibitórias, possibilitando, dessa forma, uma atividade aumentada em todo o lado direito do cérebro ou, pelo menos, em todas as áreas do hemisfério direito que têm conexão direta ou indireta com a região frontal deste mesmo lado. Através dessas duas possibilidades tentaremos justificar algumas vertentes do comportamento DDA, enfatizando sua capacidade criativa a partir do raciocínio e suas tomadas de decisões, ambos os mecanismos alimentados e endossados pelo combustível da intensa rede emocional da mente DDA.

Antes de prosseguir, gostaríamos de deixar claro que as hipóteses sobre o hiperfuncionamento cerebral dos DDAs, a partir do lobo frontal direito, responsável por sua capacidade criativa de base emocional, são abordagens exploratórias de base empírica, advindas de nossa prática médica diária e, por isso mesmo, longe de constituir-se certeza absoluta sobre tão desafiante tema. É claro que alimentamos a esperança de que possam tornar-se verdades comprovadas com as descobertas científicas, que virão com o tempo. No momento, não podemos impedir que nosso impulso médico-científico selecione tais idéias, com o intuito de compreender e explicar, pelo menos em parte, a tão fascinante criatividade ”irracional” do mundo DDA.

Hemisfério direito: A visão do contexto no texto da vida

O cérebro humano, como se sabe, é composto por duas grandes partes chamadas de hemisfério direito e hemisfério esquerdo, separados por uma estrutura neurológica chamada corpo caloso, que seria uma espécie de ponte, tornando possível a comunicação entre os dois lados cerebrais.

Desde os primeiros estudos realizados, a partir da secção do corpo caloso, analisando assim o funcionamento em separado dos dois hemisférios, até as pesquisas atuais sobre o cérebro como um todo funcional, a partir da integração harmoniosa dos dois lados, os cientistas vêm esclarecendo, cada vez mais, as funções que cabem, preferencialmente, a cada um dos hemisférios e a participação de ambos na manutenção da eficácia cerebral.

O hemisfério direito apresenta algumas capacidades que levam a conceituá-lo como o hemisfério do contexto, ou seja, ele possibilita se ter uma visão geral do mundo. Já o hemisfério esquerdo oferece uma visão mais detalhista. Dessa maneira, pode-se inferir que o lado esquerdo do cérebro escreve o texto de nossas vidas e o lado direito se encarrega do contexto dessa história.

Em seu livro *A mente certa,* Robert Ornstein nos diz: ”A visão geral do hemisfério direito pode incluir a compreensão do objetivo de uma discussão; a compreensão das associações necessárias para entender uma piada; a reunião de expressão facial, tom de voz e informação textual para entender o que a outra pessoa quer dizer; ou criatividade e gosto pela literatura.” Assim, quando ocorrem distúrbios nesse hemisfério, a visão global do indivíduo também será alterada, chegando em alguns casos a abalar profundamente os alicerces de sua vida mental. Quando ocorrem lesões adquiridas (acidentes, isquemia por falta de circulação sangüínea, traumatismos cerebrais etc.) no hemisfério direito, a capacidade de inferir, de entender com rapidez e de atualizar o entendimento de uma situação, de compreender o que se passa ao redor e o que se deve fazer é alterada, podendo ocasionar graves modificações no raciocínio.

Por outro lado, caso haja um excesso de ativação do hemisfério direito, ocorrerá toda uma exacerbação dos processos citados acima. Isso pode ser exatamente o que ocorre com os cérebros DDAs. Seguindo essa linha hipotética, observamos que, por terem uma visão contextual (global) exacerbada, os DDAs teriam toda uma gama de pensamentos alternativos que os levariam a ver a vida sob um novo foco, criando, assim, o terreno ideal para o exercício da criatividade. É como imaginar o mundo sob uma visão míope. Tiram-se os óculos e tudo muda de foco. Talvez tenha sido assim que pintores impressionistas, como Monet, revolucionaram o mundo da pintura colocando-a sob uma nova ótica de traços, cores *e* sentimentos.

Cabe aqui uma pequena observação sobre o sistema educacional que, no Ocidente, carece de uma abordagem contextual. O mais clássico exemplo dessa abordagem é o ensino de Matemática. Grande parte da informação fornecida nessa disciplina é totalmente desconectada do contexto de nossas vidas cotidianas. Quando não há essa conexão, a informação aprendida perde-se rapidamente, tornando-se apenas uma memorização temporária e inútil. Esse fato não ocorre apenas na Matemática, mas praticamente em todas as disciplinas do currículo estudantil. Tal explicação pode levar à compreensão do fato de mentes DDAs brilhantes terem apresentado uma vida académica no limiar da mediocridade.

Lobo frontal: o portal da mente

Quando era criança, ouvia os adultos dizerem que São Pedro era o porteiro do céu. Ficava horas imaginando aquele senhor alto de barbas brancas que olhava para cada um de nós por algum tempo e, logo após, emitia seu veredicto: ”Vais para o céu” ou ”Vais para o inferno”. Muitas vezes tentava descobrir o que São Pedro pensava sobre meu comportamento. Afinal, tem que se ir para algum lugar um dia, e é óbvio que queria seu ”carimbo” de visto liberando meu acesso ao céu. Sonhei, acordada, várias vezes com seu sorriso largo abrindo-me a porta do paraíso e isso me fazia sentir muito bem.

Já se vão muitos anos, mas confesso que aquela imagem sempre me vem à cabeça em momentos de decisões. Sorrio e tenho saudades do tempo em que São Pedro me ajudava a organizar todo o meu aparato mental na busca de soluções que acalmariam meu coração.

É claro que tive uma educação católica que acabou por influenciar bastante minhas tomadas de decisão. No entanto, o que isso tudo tem a ver com os DDAs e seu complexo comportamento?

Através dos anos fui desenvolvendo um interesse quase obsessivo sobre o comportamento humano e acabei por deparar-me com o lobo frontal. Este foi considerado uma região cerebral sem muita importância no passado, chegando mesmo a receber denominações depreciativas como o ”lobo do nada”. Isso porque lesões ocorridas em seu interior não se manifestavam em perdas corporais visíveis. Lesões no lobo frontal freqüentemente não eram acompanhadas de perdas motoras (paralisias ou hemiplegias) que tanto chamavam a atenção nos pacientes que sofriam lesões no lobo parietal.

Hoje, no entanto, a história começa a mudar de maneira radical. O interesse pelo lobo frontal nunca foi tão grande como agora, e tudo isso porque pesquisas o apontam como a ”estrela” maior do comportamento humano. Tento conter o entusiasmo que as revelações de estudos sobre ele têm me causado. Arrisco dizer que o lobo frontal é o portal da mente humana e, como tal, é o grande maestro do comportamento de cada um de nós. O São Pedro do universo mental, caso eu queira dar uma satisfação ao meu universo infantil.

Primeiramente, é importante entender que a mente é algo muito maior e mais complexo que a estrutura cerebral em si. A mente é constituída por um imenso ”banco de imagens” distribuídas por todo o cérebro. Explicaremos melhor: um organismo só é detentor de uma mente quando possui a capacidade de gerar imagens internas e de as utilizar de maneira organizada para a formação dos pensamentos. Os pensamentos, por sua vez, têm a capacidade de se unir na busca de um objetivo comum. Daí se obterá, então, um raciocínio que passará por um processo de seleção, cujo resultado será uma tomada de decisão refletida em um comportamento. Ter comportamentos ou ações inteligentes não significa ter mente. Somente os organismos que apresentam o processamento cognitivo (baseado na capacidade de pensar) possuem uma mente.

É importante frisar que mesmo os pensamentos relativos a palavras ou outros símbolos (como notas musicais) também se constituem em imagens representativas, uma vez que palavras, frases, textos e sons existem sob a forma de imagens em nossa mente.

As ações individuais e sociais terão sempre como objetivo a sobrevivência, seja ela no plano literal (vida e morte), seja no metafórico (aspecto emocional). Sempre estamos buscando tomar decisões que possam ser benéficas a cada um de nós individualmente. Para isso, é necessário um imenso repertório de conhecimento sobre o mundo externo e sobre o que acontece em nosso mundo interno (nosso corpo e cérebro). Esse conhecimento vem do processamento organizado das imagens mentais. No entanto, o cérebro humano retém todo o seu conhecimento de forma fragmentada, isto é, as diversas partes que compõem o conhecimento encontram-se espacialmente distribuídas em várias áreas do cérebro. Assim, para que a engrenagem do raciocínio e a tomada de ações funcionem a contento, é necessário que a atenção e a memória selecionem e armazenem informações para que o conhecimento adquirido na forma de imagens seja utilizado ao longo do tempo e possa auxiliar na previsão de fatos futuros e planejamento de ações a partir dessas suposições.

Outro aspecto fundamental na tomada de decisões nos seres humanos é a participação das emoções e dos sentimentos nesse processo. As emoções despertam reações físicas em todo o corpo (taquicardia, reações viscerais, contração muscular etc.) que são transmitidas ao cérebro e levam à elaboração de imagens mentais na forma de sentimentos. Esses sentimentos elaborados no cérebro poderão despertar boas ou más lembranças que resultarão em reações específicas em cada ser humano, frente a uma determinada situação.

As emoções desencadeiam, assim, reações instintivas vindas do corpo e reações cognitivas no cérebro, através do sentimento que nada mais é do que o pensamento em forma de imagem, iniciado no processo emocional. Assim deve ser considerada a enorme influência que as emoções exercem sobre o comportamento humano.

Por conseguinte, podemos afirmar que as ações humanas são fortemente influenciadas tanto pelas emoções quanto pela razão.

Lobo frontal: emoção e razão

lobo frontal apresenta-se como uma região muito especial na modulação do comportamento humano, isto porque nessa área cruzam-se sistemas neurais responsáveis pela razão e pela emoção.

FRONTAL VENTROMEDIANO
DORSOLATERAL
SOMATOSSENSORIAL
ESQUERDO
DIREITO
OCCIPITAL

Segundo estudos realizados por Antônio R. Damasio (Universidade de lowa), haveria três regiões no lobo frontal que estariam comprometidas direta e indiretamente com o processo de raciocínio, tomada de decisões, emoções e sentimentos. A região frontal *ventromediana,* quando danificada, alteraria tanto o raciocínio para tomadas de decisão quanto as emoções e sentimentos, especialmente nos campos social e pessoal. Nessa região ocorreria, então, um cruzamento entre razão e emoção.

A região *somatossensorial,* localizada no hemisfério direito, quando danificada, comprometeria também o raciocínio e tomada de decisões, e as emoções e sentimentos. No entanto, algo mais se altera com o dano desta região: os processos de sinalização básica do corpo (os sinais vindos do nosso corpo, como taquicardia, tremores, sudorese, contração muscular etc.).

E, por fim, a região *dorso-lateral,* cujo dano também irá acarretar comprometimento do raciocínio e tomada de decisões, sendo, no entanto, de outra forma. A alteração observada com o dano dessa área seria um comprometimento de operações cognitivas gerais ou específicas (fala, números, objetos ou espaço).

No caso específico do DDA, as duas primeiras regiões exercem uma influência maior. Discorreremos um pouco mais detalhadamente sobre elas.

Se considerarmos o lobo frontal direito, região de maior interesse no funcionamento DDA, veremos que essa área recebe, na sua parte chamada ventromediana, sinais vindos do cérebro de conteúdos racionais (pensamentos) e sentimentais (parte racional das emoções) e na sua parte chamada somatossensorial, conteúdo emocional (instintivo) vindo dos sinais corporais.

Se partirmos da hipótese de o lobo frontal direito ser hipofuncionante nos DDAs, poderemos considerar as seguintes situações:

1. A quantidade de pensamentos e sentimentos vindos das diversas áreas cerebrais chega em maior número e com maior intensidade nessa região, em função da ação filtrante (moduladora) do lobo frontal direito estar diminuída. Assim, tem-se o cognitivo e o emocional exacerbados na tomada de decisões dos DDAs.

2. Os processos cognitivos aumentados criam um leque maior de possibilidades de raciocínio que pode ser responsável pelo grande potencial criativo dos DDAs. Com isso, ampliam-se as possibilidades de soluções para um determinado problema.

3. Os processos emocionais aumentados podem constituir-se em um fator favorável para a tomada de decisões, apesar de existir uma crença predominante sobre o fato de as emoções atrapalharem na tomada de decisões acertadas. A influência positiva das emoções nas ações dos DDAs pode se dar, a nosso ver, de três maneiras:

3.1. No processo imaginativo - como se ao imaginar situações não existentes de fato, os DDAs ativam todo um processo no lobo frontal que conduzirá a um conhecimento ”virtual” ou ”simulado”, que poderá servir-lhe em situações reais futuras.

3.2. No uso da intuição. Muitas vezes, a atenção dos DDAs desperta emoções e sentimentos sem que eles tenham consciência disto. Por isso, repetimos que o termo déficit de atenção é, no mínimo, impróprio. Os DDAs são capazes de atentarem para várias coisas ao mesmo tempo, mas só se dão conta disso quando fazem uma hiperconcentração, que chamamos de hiperfoco. Os sinais vindos dessa atenção dispersa dos DDAs são registrados pelo corpo e cérebro e acabam por constituir uma influência oculta (na forma de memória inconsciente) nas ações dos DDAs. Essa influência pode manifestar-se de forma atrativa ou aversiva. Nesse sentido, muitas decisões intuitivas dos DDAs podem conduzi-los por caminhos certos ou afastá-los de caminhos errados sem que tenham controle consciente desses fatos. Hoje, sabemos que a capacidade de tomar decisões intuitivas é um ingrediente essencial no processo da criatividade humana.

Einstein se constitui em um exemplo típico dessas duas características DDA (”como se” e intuição). Certa vez ele chegou a afirmar: ”Meu sucesso se deve muito mais à minha imaginação e à minha intuição do que ao meu conhecimento técnico.”

3.3. E, por fim, observa-se que as emoções positivas na forma de paixão podem levar os DDAs a uma hiperconcentração instintiva (hiperfoco) sobre determinado conhecimento. E é justamente esta capacidade de hiperfoco que cria

no DDA a persistência necessária para que sua criatividade se expresse em criação.

Como se constata, razão e emoção exacerbadas no lobo frontal direito dos DDAs podem constituir o grande diferencial positivo desses indivíduos no exercício de sua capacidade criativa original.

Eu dou a volta, pulo o muro. Mergulho no escuro.
Sarto de banda.
Na minha vida ninguém manda não.
Eu vôo além desse sonho.

”De repente Califórnia”
Lulu Santos e Nelson Motta)

CAPÍTULO 7 - POR ONDE O IMPULSO ME LEVAR...

os desbravadores, os acionistas, os artísticos e os performáticos...

Como já foi visto, existem três tipos básicos de DDAs: DDAs predominantemente hiperativos e impulsivos, DDAs com desatenção predominante e os DDAs combinados (desatenção e hiperatividade-impulsividade). Ao longo dos anos, outras incontáveis distinções não-oficiais foram feitas com o intuito de entender variações pessoais dentro deste vasto universo formado por milhares de pessoas que apresentam o comportamento DDA.

Quando veio-nos à mente a possibilidade de criar mais uma classificação para as pessoas com DDA, tivemos receio de estar contribuindo para que mais rótulos fossem incorporados à vida desses indivíduos. O problema com os rótulos é que, na maioria das vezes, eles tendem a simplificar toda a complexidade existente nos comportamentos humanos.

Em um esforço explícito para entendermos a maneira pela qual os impulsos dos DDAs podem influenciar na descoberta de seu talento essencial e na maneira pela qual podem chegar a uma produtividade pessoal, por meio de sua correta utilização, permitimo-nos subdividir este grande grupo em quatro subtipos, segundo suas variações impulso-vocacionais.

Como em toda classificação existente, as pessoas poderão encontrar simultaneidade e permutabilidade entre os subtipos apresentados. Por isso deve-se optar pela avaliação das principais características em um dado momento na vida de um DDA. Assim, apresentaremos os subtipos da nossa classificação:

Classificação Impulso-Vocacional:

- Subtipo Desbravador;
- Subtipo Acionista;
- Subtipo Artístico e
- Subtipo Performático.

Ao final da descrição de cada subtipo, teceremos alguns comentários sobre as possíveis ações que devem ser adotadas com o objetivo de estabelecer-se o caminho mais curto e eficaz entre o impulso criativo de um DDA e a sua materialização na forma de descobertas, ações audaciosas, obras artísticas ou representações artísticas.

Devemos salientar que, ao nosso ver, todos os DDAs possuem, em maior ou menor intensidade, um impulso criativo em função da maneira diferenciada através da qual vêem o mundo. E, como já visto, o impulso acaba por selecionar a área na qual a criatividade irá manifestar-se. Foi a partir daí que pudemos identificar os subtipos citados.

Mais que uma nova classificação, a descrição desses subtipos tem o objetivo principal de estabelecer a orientação e direcionamento produtivo de todo o processo.

- **O desbravador**

Sem dúvida, a característica mais marcante deste subtipo é a sua capacidade em abandonar velhos hábitos e abrir novos caminhos. O impulso criativo localiza-se na busca mental incessante por novas idéias, projetos, descobertas, invenções e empreendimentos. Os desbravadores estão sempre centrados no que está por vir. Para eles, o melhor da festa não está nos preparativos nem na festa em si e sim na próxima, que já ”fervilha” em sua mente.

Provavelmente, foram os ventos impulsivos da busca que conduziram os grandes navegadores rumo ao Novo Mundo. Nesse sentido, a América é o exemplo ideal de uma descoberta visionária que teve seu início nas mentes férteis de homens DDAs que materializaram produtivamente seus impulsos num encontro real e previamente imaginado.

O DDA desbravador é uma pessoa com muita energia mental e que possui um grande poder de idealizar novos caminhos e possibilidades. Entre eles encontram-se grandes arquitetos, cientistas, engenheiros, físicos, médicos e muitos outros profissionais envolvidos na incessante busca de novas e futuras perspectivas.

O grande problema para esses desbravadores é o fato de tenderem a uma insatisfação constante. Para eles há sempre algo mais interessante na próxima curva da estrada. Por isso mesmo acabam, com freqüência, desviando-se de seus propósitos originais antes que possam ser concluídos.

Em função disso, o desbravador deve sempre ter em mente as seguintes dicas:

1. Suas idéias precisam materializar-se, sob pena de não cumprirem sua função. Com esse objetivo, tente dividir seu projeto inicial em etapas, isso irá ajudá-lo no árduo processo de conclusão. Pense também na possibilidade de contar com a ajuda de outras pessoas que podem não ser tão boas em ter grandes idéias, mas podem ser bastante eficazes em concluí-las.

2. Tente relaxar de vez em quando e aproveite esses momentos para analisar o que já construiu. Buscar sempre é emocionante, mas pode criar uma desagradável sensação de que ainda há muito caminho a percorrer. Por isso mesmo, o desânimo pode tomar conta de você. Pare, veja tudo o que você já realizou, orgulhe-se disso e continue sua construção, evitando entrar no ciclo contínuo de reinventar-se o tempo todo.

• O acionista

Ação! Esta é a palavra de ordem de um acionista. Seu impulso criativo está localizado no ato de agir todo o tempo e grande parte de sua energia está colocada em seu corpo, que reluta de forma implacável contra qualquer tipo de inércia. Diferentemente do desbravador, o acionista vive fixado nos detalhes existentes no caminho da conclusão.

Neste subtipo encontram-se os profissionais chamados de *workaholic,* os desportistas obcecados por sua auto-superação e os apaixonados em correr riscos, principalmente físicos, em suas vidas cotidianas.

O acionista vive hiperfocado em agir dentro da área de atuação que seu impulso elegeu. Quando esse hiperfoco é exercido na forma de uma atividade laborativa, tende a ter uma grande aceitação social, uma vez que seu

funcionamento costuma ser associado a níveis de produtividade fora do comum. Isso pode gerar uma idéia errônea sobre a capacidade produtiva dos demais DDAs.

O viciado em trabalho *(workaholic) é* tão obcecado em agir no trabalho que ele pode, na verdade, estender suas tarefas retardando a conclusão das mesmas. Além disso, tende a atrofiar todos os demais setores de sua vida (pessoal, afetiva, social e familiar), o que pode lhe render muita culpa e remorso.

Por isso, o acionista não deve se esquecer de:

1. Administrar melhor seus horários no trabalho de maneira a produzir mais com menos tempo e gasto energético. Tente ser menos controlador. Ao trabalhar em equipe, deixe que cada um assuma suas responsabilidades. Fazer diferente não significa fazer pior, o importante é o resultado final do trabalho. Dessa maneira, é possível dividir o sucesso e também o fracasso, ajudando muito a lidar com as situações difíceis. Lembre-se: ”Sonho que se sonha só, é só um sonho, sonho que se sonha junto é realidade.”

2. Impor-se limites. Reserve tempo em sua agenda para o lazer, a família e os amigos. Faça disso um compromisso e cumpra-o com o mesmo empenho dedicado em seu trabalho.

3. Todo excesso tem conseqüências. Se você é um *workaholic,* pense na falta de identidade que você poderá vivenciar, quando seu trabalho acabar ou for interrompido por alguma razão. Se você é um desportista profissional, lembre-se de que sua vida é muito mais longa que sua carreira. Reflita no que fazer após esse período, pois sua identidade pessoal não pode terminar com o declínio de sua pujança física. Se você gosta de viver perigosamente, envolvendo-se em situações de grande risco, lembre-se de que viver bem é viver com saúde e liberdade de ir e vir. Você pode ter sua vida abreviada por um acidente ou viver muitos anos com o desconforto de alguma seqüela física ou mental (como paralisia, grandes queimaduras, falta de sensibilidade, depressões, dores crônicas etc.).

• O artístico

O DDA artístico é aquele cujo impulso criativo irá concentrar-se em seus sentimentos e sensações. A expressão ou a transmissão desses sentimentos e sensações ganhará caráter de concretude na obra de arte manifestada nas mais diversas maneiras: música, pintura, escultura, poesia, dramaturgia, entre outras.

Por serem hiperfocados em seus sentimentos, tendem a vivenciá-los de forma bem intensa, o que pode exacerbar a instabilidade de humor tão típica de todos os DDAs. O artístico apresenta grande dificuldade em estabelecer relações de intimidade com as pessoas, em função do medo gerado pelos sentimentos despertados nesse tipo de relação. Escondem o seu eu mais íntimo nas vivências cotidianas e, tal qual uma roupa de camuflagem, se expressam externamente nas obras de arte que produzem. Se você é um DDA artístico, lembre-se:

1. A vida é intensa, mas não “engole criancinhas”. Tente ter em mente que seus sentimentos e sensações funcionam acima da média, assim, em momentos difíceis, sofra. Mas não se desespere, pois tudo passa. Sentimentos intensos são o seu meio de criar e não de ser infeliz.

2. Intimidade requer sinceridade. Para ficarmos íntimos de alguém temos que estar capacitados a ser nós mesmos, só assim será possível confiar no amor dos outros. Assim, mostrando-se como você é, ao ser amado, o será de verdade. Isso gera autoconfiança e condição de enfrentar os eventuais problemas surgidos em uma relação afetiva.

3. Atrás de sua obra está você. Você é a sua arte também. Existe dentro de você a capacidade infinita de gerar muitas outras obras de arte. Afinal, a fonte destas é a sua essência mais verdadeira. Valorize-se.

• O performático

Na realidade, o performático é uma variação do artístico, uma vez que seus inúmeros personagens não deixam de ser uma expressão de seus sentimentos mais íntimos.

A diferença básica e sutil entre o artístico e o performático está na maneira e na finalidade com que este último utiliza seus diversos personagens. Em geral, são vários, simultâneos e todos acabam participando do cotidiano dessas pessoas. Dessa maneira, acabam por expressar facetas do seu complexo comportamento. Na maioria das vezes essa atuação visa agradar ou distrair os outros, ou ainda encobrir algo que o performático julga estar faltando-lhe ou incapacitando-o, em determinadas situações.

O performático tende a falar muito em público, dominando conversas com seu humor refinado e requintado. É muito divertido estar perto deles, com suas reações rápidas e pensamentos surpreendentes, transformando situações embaraçosas em momentos de diversão contagiante.

Sua habilidade de *performance* (capacidade de atuar) não só cria saídas brilhantes para situações escabrosas, como também costuma compensar dificuldades sociais e encobrir uma auto-estima baixa.

Por isso mesmo, apresentam-se muito bem na frente de platéias ou mesmo multidões, no entanto mostram-se bastante embaraçadas em situações íntimas do tipo ”cara a cara” afetivo.

Nesse subtipo de DDA encontram-se os grandes comediantes do circo, cinema, televisão e teatro. Todos apresentam em comum o grande *glamour* de contagiar multidões, fazendo rir ou chorar. Por outro lado, é comum que se apresentem tímidos e recatados em situações de intimidade pessoal.

Se você é um performático, não se esqueça:

1. Desencadear emoções nas pessoas é um talento especial. Orgulhe-se disso e tente organizar-se para fazer desse dom algo não somente bom para os outros, mas para você também. Utilize seu talento para proporcionar alívio emocional para aqueles que precisam e lhe procuram. Você é realmente bom nisso. Evite utilizá-lo para encobrir suas fragilidades ou simplesmente ser aprovado pelos outros. Aceite seus pontos fracos, só assim aprenderá a lidar com eles sem desviar o rumo certo de seu talento.

2. Pergunte a si mesmo o porquê de suas várias performances. Isso será fundamental para o seu autoconhecimento e seu aprendizado em direção à utilização apropriada de seu dom e a conseqüente melhoria de sua auto-estima advinda dessa nova visão de si mesmo: você é possuidor de um talento especial

que o capacita a ajudar milhares de pessoas e não um inseguro disfarçado de vários personagens em fuga constante.

3. Reserve momentos de intimidade com você mesmo ou com alguém especial. Fazer um *show é* muito bom, mas viver ”no palco” é muito exaustivo e solitário. Procure alguém com quem você possa se abrir e exercitar a difícil arte de ser feliz, sendo você mesmo.

<u>Capítulo 8 - PERSONALIDADES com SUPOSTO FUNCIONAMENTO DDA</u>

de Einstein a Marlon Brando: um museu de grandes novidades...

"Um museu de grandes novidades." Essa metáfora de Cazuza é a porta de entrada deste capítulo. Durante sua leitura, lembre-se do seguinte: ***em momento algum afirmamos*** que pessoas — que se destacaram em diversos ramos das atividades humanas — são DDAs, mas sim que apresentaram ou apresentam comportamento com características bastante sugestivas de um funcionamento mental DDA. Como se suas vidas, tornadas públicas, pudessem suscitar a formação de um determinado tipo de "personagem fictício" com perfil de DDA típico.

A escolha desses "personagens" conhecidos teve como objetivo facilitar a compreensão do DDA, embora não seja um funcionamento mental <u>exclusivo</u> de personalidades famosas. Além disso, a quantidade de informação sobre a vida das personalidades citadas é bastante ampla e facilitou a identificação do comportamento DDA. E, finalmente, a convivência com algumas dessas pessoas ajudou em muito na viabilização deste capítulo.

Albert Einstein — *"Uma intuição nada relativa."*

Quem não conhece aquele retrato do velhinho com a língua para fora? Einstein é sinônimo de genialidade, irreverência e simpatia. Desde cedo rebelou-se contra o tradicional sistema educacional. Questionava muito os dogmas e detestava ter que decorar matérias. Porém, mais tarde, Einstein apresentou um sintoma que freqüentemente é encontrado no comportamento DDA: o da hiperconcentração. Passava horas, às vezes dias, concentrado em um problema. Entretanto, isso somente acontecia com temas de seu interesse. Sua aguçada intuição sugeria que sua mente inquieta fazia inúmeros registros inconscientes dos acontecimentos cotidianos, que acabavam por conduzir seus estudos por caminhos inesperados, porém sempre assertivos. Sua descoberta mais significativa, a Teoria da Relatividade, foi elaborada de forma intuitiva, quando era ainda bastante jovem. Posteriormente, ele e outros cientistas comprovaram a veracidade da fortuita descoberta.

Einstein tinha um perfil visionário nato. Possuía uma habilidade incomum para visualizar os fenômenos que se tornavam foco do seu interesse. Sobre esse aspecto peculiar, temos as seguintes afirmações:

Quando me examino e a meus métodos de pensamento, chego à conclusão de que o dom da fantasia significou muito mais para mim do que meu talento para absorver conhecimento positivo.

Os homens ainda, vão levar muito tempo para perceber que pessoas como Gandhi serão presenças raras na história da humanidade.

A bomba atômica não é a pior de todas as bombas. A maior delas ainda está por vir, e será acionada pela desintegração das relações humanas, que irá ocorrer no futuro.

Ao explicar como chegou à Teoria da Relatividade, o brilhante cientista deu o seguinte depoimento:

Como foi que aconteceu que fui eu a pessoa a desenvolver a Teoria da Relatividade? A razão, penso eu, é que um adulto normal nunca pára para pensar sobre problemas de espaço e tempo. Essas são coisas nas quais ele pensou quando criança. Mas o meu desenvolvimento intelectual foi retardado, em resultado de eu ter começado a me perguntar sobre espaço e tempo somente quando já tinha crescido. Naturalmente, eu pude ir mais fundo no problema do que uma criança com capacidades normais.

Impaciente e inquieto, desprezava aqueles que tinham medo de quebrar protocolos e conceitos tradicionais:

Eu não tenho paciência com cientistas que pegam uma tábua de madeira, procuram sua parte mais fina, e a perfuram onde é mais fácil, fazendo muitos buracos.

Polêmico, amado, odiado, invejado... uma das figuras mais importantes do século XX, Einstein, o velhinho simpático das caretas e da alegria, foi uma eterna criança que soube transformar a ilimitada imaginação infantil em uma grande contribuição para toda a humanidade.

Fernando Pessoa — *"Um navegador de várias almas."*

Nascido em Lisboa, no dia 13 de junho de 1888, Fernando Pessoa sinaliza em sua obra traços de uma mente com funcionamento DDA: inquietação, contradição, desorganização, devaneios, hiperconcentração, criatividade, intolerância ao tédio, dificuldade em seguir regras...

Criou vários "eus", os famosos heterônimos, para descrever o mundo sob diversos ângulos: "Criei em mim várias personalidades. Crio personalidades constantemente. Cada sonho meu é imediatamente, logo ao aparecer sonhado, encarnado numa outra pessoa, que passa a sonhá-lo, e eu não."

Lendo sua obra, observam-se exemplos indicativos de um comportamento DDA. Como no poema "Liberdade", no qual fustiga o tédio e desafia conceitos estabelecidos:

Ai, que prazer
não cumprir um dever
ter um livro para ler
e não o fazer!
Ler é maçada
estudar é nada.
O sol doira sem literatura
O rio corre bem ou mal,
sem edição original
E a brisa, essa, de tão naturalmente matinal
como tem tempo, não tem pressa...

Livros são papéis pintados com tinta
Estudar é uma coisa em que está indistinta
A distinção entre nada e coisa nenhuma
Quanto melhor é quando há bruma
Esperar por D. Sebastião,
quer venha ou não!
Grande é a poesia, a bondade e as danças...
Mas o melhor do mundo são as crianças
flores, música, o luar, e o sol que peca
só quando, em vez de criar, seca
E mais do que isto
É Jesus Cristo,
que não sabia nada de finanças,
nem consta que tivesse biblioteca...

A contradição, a visão imprecisa sobre si mesmo e a baixa autoestima também aparecem de maneira clara no poema ”Tabacaria”, do heterônimo Álvaro de Campos. Um momento de inspiração de Fernando Pessoa, que se autodenominava o ”Poeta da Natureza”:

Não sou nada
Nunca serei nada
Não posso querer ser nada
À parte isso
Tenho em mim todos os sonhos do mundo...

Ia da tristeza à alegria em curtos espaços de tempo, indicando ser uma personalidade inquieta e de humor instável. Embora muitos o acusem de ser um poeta melancólico e pessimista, a esperança e o desejo de melhorar as pessoas também aparecem em sua obra, como no poema ”Para ser grande”, de um dos seus mais importantes heterônimos, Ricardo Reis:

Para ser grande, sê inteiro:
nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa.
Põe quanto és no mínimo que fazes.
Assim em cada lago
a lua toda brilha, porque alta vive.

Henry Ford — *”Um desbravador abrindo a estrada do futuro.”*

Henry Ford é considerado o pai da indústria automobilística. Nasceu em 1863 e faleceu em 1947, aos 83 anos. Foi o homem que revolucionou o método de produção das empresas com a chamada linha de montagem em série, que consistia em organizar as pessoas no sistema de produção em tarefas especializadas e repetitivas, de forma a economizar tempo na fabricação de seus automóveis. Esse método poupava quase metade do tempo de produção, o que

permitiu a Ford pagar US$ 5 por hora a seus trabalhadores em vez de US$ 3, como era comum na época.

Rompeu com as concepções do seu tempo e mergulhou fundo no projeto de construir ”carros para todos” e fez grande parte do mundo adotar esse meio de locomoção.

Vocês, meus seguidores, e outros que observam a minha mensagem, verão que no futuro o sistema de produção não será como foi até hoje. Não será um sistema de destruição maciça, mas um sistema de produção maciça.

”Crescei e multiplicai-vos.” Esta frase da Bíblia era um dos argumentos que usava para defender sua teoria da produção maciça.

Sua inquietação contra o velho sistema fez com que, posteriormente, voltasse a romper com as regras do mercado ao aumentar os salários dos seus funcionários e diminuir a carga de trabalho. Com essa medida conseguiu aumentar a produção e conquistar seus funcionários, fazendo com que ”vestissem a camisa” da empresa.

Ford, que sempre sofreu ataques da sociedade da época, respondeu com uma surpreendente frase a uma crítica aos seus modelos:

”O consumidor pode escolher a cor que ele quiser para seu carro, desde que seja preto.”

Porém, mais tarde, após a Primeira Guerra Mundial e a conseqüente crise, Ford lançou novos modelos com outras cores, mudando a própria norma. Um provável DDA desbravador que deu uma carona para o desenvolvimento da humanidade.

James Dean — *”Um astro em velocidade máxima.”*

Nasceu em Marion, Estados Unidos, no dia 8 de fevereiro de 1931. É até hoje um dos grandes mitos do cinema americano e mundial. Sua curta existência foi intensa e marcante. Foi o grande rebelde da juventude dos anos 50. Sua permanente inquietação e atração impulsiva em correr riscos sugerem um comportamento DDA com perfil acionista. Tal qual Ayrton Senna, James Dean estabeleceu um hiperfoco em sua vida: viver sempre no limite.

Morreu aos 24 anos, dirigindo seu Porsche em alta velocidade, justamente quando ia participar de uma corrida de carros. Curiosamente, em um de seus filmes, aposta corrida com outro personagem que morre acidentado. A vida imitou a arte, mas substituiu a vítima.

James Dean fez ”pontas” em várias produções antes de ser o protagonista dos seus três únicos filmes.

Rebelde sem causa é um marco do cinema e influenciou o comportamento dos jovens em todo o mundo.

James foi uma pessoa inquieta, rebelde, avessa às normas e convenções, e extremamente impulsiva. Um talento desperdiçado pela atração incontrolável de desafiar a morte para se sentir vivo e forte.

Leonardo da Vinci — *"Imaginação sem fronteiras."*

Da Vinci nasceu em 15 de abril de 1452. Para muitos, o maior gênio de todos os tempos. Uma mente movida por uma inquietação inacreditavelmente desbravadora.

Além de grande mestre da pintura, foi também arquiteto, botânico, urbanista, cenógrafo, cozinheiro, inventor, geógrafo, físico e até músico. Da Vinci deixou uma infinidade de obras inacabadas, pois começava vários projetos ao mesmo tempo, uma característica bem comum em mentes com funcionamento DDA. Muitos o julgavam fracassado por deixar tantas obras incompletas.

Leonardo ia para feiras de animais, comprava muitos passarinhos só para libertá-los em seguida. A liberdade era o alicerce de sua criação. Grande era sua sensibilidade. Dizia: *"Quanto maior a sensibilidade, maior o sofrimento... Muito sofrimento."*

Tinha uma percepção apurada do mundo e dos acontecimentos e uma maneira diferente de ver as coisas, uma das características das mentes com funcionamento DDA. Leonardo da Vinci dizia: *"Muitos vêem, mas não enxergam."*

Ludwig van Beethoven — *"O maestro que transformou o silêncio em música."*

Sexto filho de uma família de cinco irmãos deficientes, Beethoven teve um início de vida muito parecido com o de Mozart: também foi explorado pelo pai, que julgava-o um virtuose e forçava-o a estudar música. Porém, Beethoven tocou timidamente diante dos "nobres" e foi considerado uma farsa. Seu professor de composição, Albrechtsberger, dizia que era um indisciplinado e nunca aprenderia nada de música. Dizia que Beethoven era um caso perdido como compositor. O tempo passou e o genial maestro, inquieto, polêmico e incompreendido — semelhante a uma mente com funcionamento DDA—, presenteou o mundo com seu talento.

Freqüentemente Beethoven era acometido de devaneios e distrações, como seus amigos afirmavam. Mais um indício de um possível comportamento DDA.

Foi um homem de várias paixões, como mostrado no filme *Minha amada imortal.* "Pour Elise" é um hino romântico da música clássica. Qualquer ouvido dotado de sensibilidade mergulha nessa "viagem" fantástica de poesia em forma de música.

Enfrentando problemas de surdez, chegou a ser considerado acabado. Melancólico e deprimido, até mesmo pensou em suicídio, mas desistiu e disse o porquê em uma carta*: "Foi a arte, e apenas ela, que me reteve. Aaah! Parecia-me impossível deixar o mundo antes de ter dado tudo o que ainda germinava em mim."*

Produziu obras geniais mesmo sem escutá-las. Elas brotavam de sua mente irrequieta, imune a sua surdez.

Beethoven viveu até o seu último dia conversando com o silêncio, enquanto a platéia escutava perplexa sua música imortal.

Marlon Brando — *"Luz, câmera e emoção."*

No dia 3 de abril de 1924, Marlon Brando nasceu em Omaha, pequena cidade americana. Filho de pais alcoólatras, foi criado sob rígidos padrões que o levaram à Academia Militar de Shattuck. Marlon rebelou-se contra as severas regras, os movimentos padronizados e o tédio daquele lugar. ”Aprontou” tanto na Academia que acabou sendo expulso por indisciplina. Na hora da despedida, Marlon ouviu a seguinte frase do seu melhor amigo, Duke: *”Não se incomode, Marlon, vai dar tudo certo. Eu sei que o mundo ainda vai ouvir falar de você.”*

Depois disso, Brando foi para Nova York morar com a irmã. Lá deu seus primeiros passos no teatro, até entrar na famosa peça *Um bonde chamado desejo,* de Tennessee Williams. Nesta época começou a improvisar as falas dos seus personagens, melhorando o texto original, para assombro e raiva de muitos diretores que trabalharam com ele. Sua intuição, ousadia e capacidade criativa são indícios fortes de uma mente DDA de perfil desbravador e artístico.

Nessa época, recebeu uma visita rápida de sua mãe. Quando ela partiu, começou a ter crises de ansiedade e depressão. E a explicação é dada pelo próprio Marlon: *“Seriam necessários muitos anos para que eu deixasse de aceitar o que me foi ensinado, durante a minha infância: que eu era um inútil.”* Para livrar-se de tal fardo, procurou fazer análise, mas não obteve resultado.

Marlon sofria de baixa auto-estima e, além disso, era compulsivo por sexo. Teve incontáveis mulheres na vida, mas afirmava que não sentia amor por elas, apenas dizia o que queriam ouvir.

Bastante interessante é a reflexão que fez sobre o funcionamento do cérebro humano: *“Nenhum de nós jamais compreendeu as forças psicológicas que nos motivam, nem conseguimos entender as reações bioquímicas que se passam em nosso cérebro e nos orientam a fazer uma escolha e não outra, a seguir um caminho e rejeitar outros. No entanto, uma coisa é certa: tudo que fazemos é produto dessas reações bioquímicas”.*

Depois é a história que todos já conhecem: Marlon Brando fez sucesso em incontáveis filmes e foi o símbolo sexual de uma geração. Uma figura marcante, que se engajou em inúmeras causas sociais, defendendo as minorias, os injustiçados, os negros e os índios. Como ele mesmo disse, tentou melhorar um mundo de guerras, ódios e desamores.

Vincent van Gogh — ”xis *tintas impressionantes da sensibilidade.”*

”Um gênio é incompreendido no seu tempo.” Essa máxima encaixa-se perfeitamente na vida desse sofrido artista. Um homem que nasceu e morreu pobre, mesmo com o imenso talento que possuía. Não fosse a ajuda de seu irmão Theo, Van Gogh talvez não tivesse nem chegado aos 37 anos de idade, quando veio a falecer.

Inicialmente, teve um grande apego à religião. Estudou muito *e* passava seus ensinamentos para os mineiros, além de ajudá-los com roupas e cobertores. Certa vez disse para o seu irmão Theo: *”A miséria me atrai.”* Porém, sofreu tantas decepções que acabou por deixar a religião de lado, dedicando-se à pintura.

Indícios de um comportamento DDA são vistos em vários aspectos de sua personalidade. Inquieto, polêmico, com instabilidade de humor, baixa auto-estima

e principalmente uma sensibilidade extrema, Van Gogh entrava facilmente em tristeza profunda quando se via rejeitado.

Passou por várias fases até chegar ao Impressionismo. Van Gogh transcendeu e imprimiu seu estilo próprio com cores muito fortes. Seus quadros são como um grito desesperado de socorro de um homem angustiado com o mundo. A emoção foi sua tinta. Pintava o que via, o que acontecia em torno dele, mas com os olhos de uma alma extremamente sensível. Foi o pintor da tristeza, da revolta, da solidão e da incompreensão, chegando a um desespero que o levou ao suicídio.

Van Gogh pintou 879 quadros e só vendeu um. Quanto a isso, declarou:

"Tenho uma estranha lucidez quando a natureza é excepcionalmente bela. Não sou mais eu, perco a consciência, e as imagens vêm a mim como num sonho".

"É tão fácil pintar um bom quadro como encontrar um diamante ou uma pérola. Significa obstáculos e você arrisca sua vida por isso".

"Não posso evitar o fato de que meus quadros não sejam vendáveis. Mas virá o tempo em que as pessoas verão que eles valem mais que o preço da tinta".

Retrato do Doutor Gachet, um dos seus quadros mais famosos, foi vendido em 15 de maio de 1990, em apenas três minutos de leilão, por US$ 82,5 milhões.

Wolfgang Amadeus Mozart — *"Uma tempestade musical."*

Como disse, no auge do entusiasmo, o compositor Salieri no filme *Amadeus* sobre a vida e a obra deste genial compositor, a música de Mozart era como "a voz de Deus". Com quatro anos, Mozart já compunha e era explorado pelo seu próprio pai que via nele um talento extraordinário, mas que acabaria roubando-lhe a infância.

Aos 17 anos, Mozart já era dono de 22 composições sacras, 21 sinfonias, 6 quartetos, 18 sonatas para violino e cravo, além de serenatas, divertimentos, danças e uma infinidade de peças menores.

O seu comportamento durante sua curta e brilhante existência apresentou sinais de um DDA com perfil desbravador e artístico. Mozart era inquieto, impulsivo e mostrava-se resistente às normas estabelecidas. Considerava enfadonhas as óperas antigas e por isso inovou com as inesquecíveis *Dom Giovani* e *A flauta mágica.*

Sua mente era como uma fonte a jorrar sons de raras combinações harmônicas. Sua organização era praticamente inexistente, o que não o impediu de criar algumas das mais belas composições da música clássica.

Vivia em dificuldades financeiras, bebendo muito e com a saúde debilitada. Além disso, sofreu com a perda prematura de vários dos seus filhos.

Certa vez perguntaram a Mozart como se dava o seu processo criativo e ele respondeu:

“Como é que eu trabalho e como executo grandes composições musicais? Não posso na realidade lhe dizer senão isso: quando me sinto bem disposto, seja em carruagem quando viajo, seja de noite quando durmo, acodem-me idéias aos jorros, soberbamente. Como e donde, eu não sei”...

Meu fumo e minha yoga. Você é minha droga.
Paixão e carnaval. Meu zen, meu bem, meu mal

"Meu bem, meu mal"
(Caetano Veloso)

CAPÍTULO 9 - **DDA E OUTROS TRANSTORNOS**

desenvolvendo quadros associados: as parcerias nada recomendáveis...

"Fazia um lindo pôr-do-sol lá fora, era final de tarde e cá estávamos nós, um grupo de pessoas que passava pelos mesmos problemas e mais alguns outros diferentes. Reuníamo-nos todas as semanas e sentíamo-nos muito bem quando isso acontecia. Como era bom poder ouvir as pessoas relatarem problemas tão semelhantes aos nossos. Você se sente menos anormal, menos inadequado e, aos poucos, vai se livrando da incômoda sensação de ser diferente. Fazíamos terapia em grupo.

Eu tinha acabado de desabafar sobre coisas pelas quais eu tinha passado. Havia lutado anos contra uma depressão que insistia manter-se escondida pelos cantos de minha mente, e que me atacava pelas costas, quando eu simplesmente pensava que já a tinha superado. Quase sempre o que me arrastava de novo para o lodo era a borrada impressão que tinha de mim mesmo: eu era um incompetente, um completo incapaz. Enrolava-me todo no trabalho, é claro que eu tinha ótimas idéias, mas para executá-las era um horror... daí, vez por outra, era repreendido. Brigava em casa com a família porque me esquecia de datas importantes ou de coisas cotidianas, como as contas do mês. E lá ia eu arcar com juros... Parecia que estava sempre fazendo a coisa errada o tempo inteiro. Então, eu sentava e ruminava... 'Será que sempre será assim? Como posso construir um futuro sólido se levo meu presente a passos trôpegos de bêbado? Não sou capaz de dar segurança a meus filhos...'. Daí vinha ela novamente: a depressão. Qual não foi minha surpresa e alívio ao descobrir que todo o meu jeito enrolado de ser não era devido a uma incapacidade básica que eu tinha para lidar com a vida, e sim a algo chamado Distúrbio do Déficit de Atenção. E era por isso que ficava tão deprimido, por não saber o que era aquilo, por achar que jamais teria solução. Agora, estou aqui, compartilhando minhas experiências. À minha esquerda, ouvia uma jovem contar seu caso. Ela falava..."

"Quando estava entrando na adolescência, comecei a incomodar-me demais com aqueles meus esquecimentos, minha desorganização, coisas por fazer que eu nunca fazia, ora porque esquecia ora porque protelava... eu estava me enrolando mais e mais porque a cada série os conteúdos iam tornando-se mais complexos e as responsabilidades bem maiores. Passei a recorrer a agendas, bilhetes e vários meios para lembrar-me de lembrar. E tinha que me forçar a ter tudo organizado. Cada coisa em seu lugar, segundo critérios de tamanho, cor, utilidade e por aí foi... Mas, com o tempo, estes meus métodos de organização e checagem começaram a tomar uma proporção enorme... eles serviam para me auxiliar, mas aos poucos, insidiosamente, se tornaram centrais em minha vida. Passei a gastar mais e mais horas nesses processos de checagem e arrumação. Mas ou era isso ou era aquele estado anterior caótico de confusão. Eu tinha o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e só bem mais tarde é que foi descoberto que eu também tinha o DDA, e não sei se estou viajando, mas de repente tive que desenvolver todos esses meus rituais de organização para combater minha distração de DDA. Daí, eu sempre dizia uma coisa irônica, meio herética, que a Bíblia devia ser mudada. Ela deveria começar assim: e no início

era o DDA... Se eu tivesse sido diagnosticada antes, talvez pudesse evitar tudo isso. Talvez. Sei que não é algo assim comprovado, mas, quem sabe? Hoje em dia, sei que perdoei a menina bagunçada que fui. E não deveria ter sido tão dura com ela!"

Em seguida falava um rapaz à minha frente. Ele dizia ter sido sempre muito perfeccionista e preocupado com tudo. Também não se perdoava por ser desorganizado e agora estava contando sobre seu primeiro ataque de pânico...

Lá fora, estrelas já cintilavam às primeiras horas de uma noite clara. Quando nos demos conta, a sessão já estava terminando.

Em grande parte dos casos, o DDA não vem sozinho. Ele pode vir em dupla, em trio e o que felizmente não é comum, até em bando. O que significa isso? Estamos falando de algo que, em Psiquiatria, chama-se comorbidades. Ou seja, um ou mais transtornos psiquiátricos em coexistência com um transtorno primário (de base). Obviamente, isso contribui em muito para agravar o quadro, obrigando o médico a atacar em várias frentes. Comumente, esses transtornos "acessórios" (que não são nada opcionais, como os acessórios de um automóvel, por exemplo!) desenvolvem-se secundariamente como conseqüência do transtorno primário, pois o desconforto e o sofrimento causados por este atingem de tal forma a vida de uma pessoa, que outras síndromes vêm somar-se à pré-existente.

No caso do DDA, a distração, os freqüentes esquecimentos, a desorganização, a perene sensação de que algo está errado, a costumeira protelação de tarefas que causam muita ansiedade. São características que podem fazer com que a pessoa DDA acabe por desenvolver transtornos associados, como ansiedade generalizada, depressão, pânico, fobias etc.

No entanto, ainda há outros transtornos específicos que "acompanham" o DDA, não porque são conseqüências dele, mas porque parece haver uma íntima relação em suas origens biológicas. As mesmas alterações bioquímicas e/ou funcionais parecem estar envolvidas em transtornos como o DDA e a Dislexia, por exemplo.

Entretanto, neste livro, procuramos esmiuçar somente os transtornos comórbidos mais freqüentes e com os quais temos deparado incontáveis vezes, em nossa atuação profissional, acompanhando o sofrimento de pessoas que não só têm o comportamento DDA, como também outros problemas fortemente relacionados.

DDA com **ANSIEDADE GENERALIZADA:**

Ansiedade Generalizada é o transtorno da preocupação interminável e ruminante. São aquelas pessoas que se organizam em torno da antecipação de problemas e ficam perscrutando o ambiente à caça de perigos e complicações. Tão logo o indivíduo ansioso consiga resolver algo que o aflige, imediatamente parte à busca de outra aflição. Como não consegue relaxar, permanece pairando em um mal-estar indefinível e subjetivo, que, por vezes, se manifesta nos mais variados problemas somáticos, quase sempre causados pela sobrecarga imposta ao organismo pela alta quantidade de adrenalina constantemente despendida. Observe o que acontece quando alguém-tem, ao mesmo tempo, DDA e Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Imagine aquela DDA distraída, que vive esquecendo suas coisas pelos cantos, inclusive documentos importantes de trabalho. Conhecendo bem esta sua incômoda característica, que já a colocou em várias ”saias-justas”, ela põe-se em alerta todo o tempo. Fareja o ambiente, mexe e remexe nas gavetas, vasculha constantemente a bolsa. Se, por uma fração de segundo, pensa que algo está faltando ou fora do lugar, sente imediatamente a batida do coração acelerar e o sangue fugir-lhe do rosto. Não era nada de mais outra vez, o memorando que procurava estava ali entre outros papéis da pasta. Mas o mal já estava feito, sente-se ansiosa e com um ligeiro mal-estar que demorará algum tempo para se dissipar. A tensão irá acompanhá-la pelo resto do dia.

Bem, pode-se pensar: já que ela é assim tão distraída, talvez seja bom que tenha esse jeito preocupado.

O fato é que muitos DDAs organizam-se em torno da própria ansiedade. A ansiedade é, por vezes, tremendamente estruturadora. E um DDA busca estrutura o tempo todo, que pode vir na forma de pessoas com as quais desenvolve algum tipo de dependência, na forma de atividades extremamente interessantes e estimulantes e, às vezes, infelizmente, na forma do uso de substâncias ilícitas. E também na forma de ansiedade generalizada. A ansiedade envolvida na sensação de que algo está sempre errado direciona a atenção do DDA. Ele foca-se na procura de tais problemas potenciais. E se não houver um, é capaz de arrumar. Ou, então, transforma algo simples em um problema. Essa preocupação infindável aumenta a acuidade de seu sistema atentivo, força sua área pré-frontal a monitorar os estímulos e o ambiente, como os olhos de uma águia à procura de presas. Ante a incômoda alternativa de sentir-se invadido por estímulos incessantes, variados e irrelevantes, o DDA ansioso prefere a igualmente incômoda sensação de ver-se bombardeado por estímulos variados catalisadores de preocupação, mas que, pelo menos, não considera irrelevantes. Claro que essa preferência não é intencional, ou mesmo ativamente consciente. Mas o sentir-se mal e alerta parece-lhe menos pior que se sentir assoberbado e confuso.

Logo, é necessário voltar àquela suposição: seria melhor ter este jeito preocupado do que ser desorganizado?

Não. Há outros modos mais saudáveis e produtivos para um DDA organizar-se, que não impliquem tanta sobrecarga. Responder sim a esta pergunta seria permitir a substituição de uma sobrecarga pela outra, o forno pela frigideira. A ansiedade generalizada, quando cronificada, arrasta o sujeito de volta ao ponto inicial que aflige um DDA: que é ter dificuldades em concentrar-se, falhas de memória e muito, muito mal-estar. É como a pessoa que está com sede e bebe água do mar. Ao final, estará desidratada, e não apenas com sede. Seu organismo estará desequilibrado e em perigo.

Ou é como correr em círculos: ao final você está exausto e não saiu do mesmo ponto, só estava correndo atrás da própria sombra.

O desconforto chega a ponto de o indivíduo parar no consultório médico, pedindo ajuda. E, assim, temos descoberto vários DDAs. Eles costumam procurar ajuda, obviamente para a ansiedade generalizada. No entanto, após criteriosa ”garimpagem” diagnóstica, é possível encontrar o Distúrbio do Déficit de Atenção em meio ao cascalho difuso da ansiedade.

Muitas vezes, tratando-se o comportamento DDA, os sintomas de ansiedade decrescem acentuadamente.

Por fim, é importante saber diferenciar o Transtorno de Ansiedade Generalizada da ansiedade difusa e oscilante que normalmente acompanha o DDA. Um critério bastante sólido para distinguir uma de outra é a constância desse estado de ansiedade. Um DDA, com freqüência, atravessa seus picos de ansiedade, mas se esta perdura por, no mínimo, seis meses e traz desconforto significativo, pode-se começar a levantar a suspeita de comorbidade.

DDA com **PÂNICO:**

Dos casos mais sofridos que temos acompanhado, este é certamente um dos que mais nos mobilizam. O Transtorno do Pânico, por si só, causa um tormento inenarrável. É uma das faces mais representativas do sofrimento humano.

Um ataque de pânico caracteriza-se por um pico de ansiedade aguda e intensa, e dura de vinte a trinta minutos, em média. Mas essas dezenas de minutos parecem estender-se pela eternidade para quem as experimenta. Nesse espaço de tempo, o indivíduo é engolido por uma espiral de sensações aterradoras: taquicardia, sudorese, náuseas, sensação de falta de ar, tremores e outras reações fisiológicas acompanhadas da angustiante impressão de que irá morrer ali naquele momento, ou perder o controle e enlouquecer. Muitos relatam a nítida sensação de desrealização e de forte estranhamento de si mesmo e do ambiente. Freqüentemente, o medo de vir a sofrer novamente um ataque ocupa de tal modo a mente de uma pessoa, que ela acaba por desenvolver Transtorno de Pânico. O transtorno se caracteriza pela ocorrência repetida de ataques de pânico. Como já foi dito, quem sofre desse transtorno preocupa-se de tal modo em ter outros ataques, que desenvolve uma série de formas de automonitoração. A pessoa já acorda atenta para sinais de que algo errado pode estar germinando em seu organismo. Sente a batida do coração, pode mesmo escutá-la; monitora sua freqüência respiratória, a tensão de seus músculos, a firmeza de suas mãos. Enfim, torna-se superconsciente de seu estado interno e qualquer mínima alteração sentida pode desencadear apreensão antecipatória. Por vezes, essa expectativa ansiosa pode desencadear mais um ataque, visto que a mais ínfima modificação (real ou não) no organismo é percebida com intensa preocupação, a qual, por sua vez, pode desencadear mais ansiedade, que é percebida com mais apreensão ainda e sintomas, que se fundem em uma crescente expectativa cada vez mais catastrófica. Culmina-se, por fim, na experiência vertiginosa do ataque de pânico.

É um círculo vicioso que se alarga e contrai-se repetidamente. É preciso rompê-lo!

Tais ligeiras variações em nossos processos fisiológicos passam completamente despercebidas por quem não sofre desse transtorno. E, mesmo que sejam percebidas, não são interpretadas como sinal de que algo está indo mal em nosso corpo. Assim, não é desencadeada a apreensão ansiosa que caracteriza o Transtorno do Pânico.

Você pode estar se perguntando: como um DDA distraído pode ater-se a estímulos tão sutis como alterações na freqüência cardíaca, por exemplo? Não é mais coerente que a dispersão o impeça, ou mesmo o impossibilite de conseguir essa proeza?

Já responderemos a esta pergunta. Por ora, é importante trazer à mente o poder organizador que a ansiedade representa para um DDA. Ele pode debater-se com sua ansiedade em um nível basal. Mas esta pode, eventualmente, atingir um pico característico de um ataque de pânico. Se ele tiver a predisposição biológica (alterações serotoninérgicas), poderá desenvolver o Transtorno do Pânico. A porta estará aberta. E, em acréscimo, se tiver a suscetibilidade psicológica, isto é, tendência a preocupar-se com doenças e morte (seja por ter crescido em ambiente familiar e social em que as pessoas constantemente se referiam a isso, ou por ter associado a um evento traumático — como um ataque cardíaco ou derrame sofrido por pessoas próximas), a receita está formada. A porta não só está aberta, como também, escancarada.

É importante também lembrar o fato de o termo Déficit de Atenção estar sendo considerado, atualmente, errôneo ou incompleto, bem como relembrar que o que ocorre de fato é a inconstância de atenção, variando da incapacidade em mantê-la à sua intensa e prolongada focalização em algum estímulo.

Assim sendo, a questão pode ser esclarecida. Um DDA que se organize em torno de sua ansiedade, predisposto biologicamente, vulnerável psicologicamente e hiperfocando intensamente em seu corpo e em suas respectivas reações, reúne, em um infeliz somatório, todos os requisitos para desenvolver o Transtorno do Pânico.

A capacidade de hiperfocar, tão útil na grande maioria das situações, pode também atrapalhar, e muito, quando inadequadamente direcionada. Esse hiperfoco precisa ser desviado. Se o DDA não for detectado também, em detrimento dos sintomas do pânico, que realmente se sobressaem muito mais, a capacidade de desviar esse hiperfoco pode estar comprometida. Ou pior, pode mesmo nem chegar a constituir-se em um dos objetivos do tratamento.

DDA com **FOBIAS**:

Como já foi possível perceber, é comum a comorbidade entre transtornos de ansiedade e DDA. Dentro desse grupo, tenho deparado com vários casos de DDAs fóbicos.

Pode-se entender por fobias um medo acentuado e persistente de determinados objetos e situações (fobia simples) ou situações sociais e de desempenho (fobia social).

No caso da chamada fobia específica, esse medo é circunscrito e claramente relacionado ao objeto ou à situação. São bastante comuns as fobias a animais; fobias a sangue e ferimentos; fobias a fenômenos naturais, como tempestades; fobias situacionais, tais como medo de elevadores e aviões etc.

No caso da chamada fobia social, o medo está relacionado a situações de interação social ou de desempenho na frente de outras pessoas. O indivíduo teme contatos sociais porque tem receio de ser ridicularizado e malvisto, assim como tem expectativas bastante irrealistas do que é ser bem-sucedido socialmente.

Assim como na depressão e no pânico, os transtornos relacionados à fobia estão associados a disfunções serotoninérgicas. Tais disfunções também cumprem seu papel no DDA, embora de forma secundária.

O DDA pode também ser relacionado a fobias, principalmente à social, sob outro enfoque. Não é muito difícil imaginar o porquê. Se uma pessoa que tenha DDA e, ao mesmo tempo, tenha vulnerabilidade biológica à fobia social, tiver crescido em um ambiente crítico e punitivo, certamente será temerosa em relação a situações de interação social. Crianças e adolescentes DDAs são muito suscetíveis a receberem reprimendas sociais por variados motivos. Pela impulsividade que, muitas vezes, os expõe em situações difíceis, fazendo-os cometer gafes. A distração que os coloca alheios a detalhes importantes, em interações sociais, contribui igualmente para as freqüentes gafes. As eventuais dificuldades com linguagem, que provocam situações difíceis, quando trocam ordens de sílabas em palavras e destas em uma frase, isso quando não acontecem aqueles constrangedores brancos totais, que os deixam sem saber o que dizer, quando a palavra parecia estar na ponta da língua...

Enfim, crianças e adolescentes DDAs podem receber uma série de sinais sociais negativos que os levam a desenvolver uma auto-imagem debilitada. Alguns tentam tornar-se os ”palhaços” do grupo para serem populares e lidarem melhor com isso, mas outros podem buscar no comportamento de fuga e evitação de contatos sociais o meio de não se expor ao escrutínio de outras pessoas.

A adolescência é um período crítico na vida de uma pessoa e forma o caldo de cultura perfeito para o desenvolvimento da fobia social. Nesse período é que se iniciam tipicamente os sintomas desse transtorno de ansiedade. com a predisposição biológica e o ”empurrãozinho” de fatores sociais típicos dessa fase, um jovem DDA, já corroído por uma baixa autoestima e desalentado por críticas externas, pode acabar desenvolvendo um medo intenso de situações de interação social, que podem ser circunscritas e limitadas a algumas situações, como segurar copos em público e apresentar-se para uma platéia, como podem estar generalizadas para toda e qualquer situação e causar intenso sofrimento e limitações.

Um DDA que sofra também de fobia social pode acabar jogando todo o seu talento pela janela, já que deixará de expressar sua criatividade e inventividade, porque não se julga capaz de defendê-las e sustentá-las.

Certamente terá um desempenho acadêmico e laboral bem abaixo de suas capacidades, porque não pode nem pensar na possibilidade de se expor e mostrar o que tem de melhor. No trabalho, principalmente, pode ter poucas chances de ascensão, uma vez que reluta em aceitar responsabilidades maiores e recolhe-se às penumbras de sua potencialidade. Pode estar escondido ali um talento desperdiçado, como pudemos confirmar em alguns casos que acompanhamos. A boa notícia é que, com o tratamento adequado, talentos ocultos podem ganhar o mundo externo ao invés de permanecerem cerrados em si mesmos.

DDA com **TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO:**

Não tem sido incomum em nossa clínica nos depararmos com DDAs que também têm Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Quem conhece algo a respeito do transtorno deve estar se perguntando: ”Mas como? O Transtorno Obsessivo-

Compulsivo (TOC) é justamente aquele que nada tem a ver com o DDA.” Realmente, tais condições possuem características tão díspares que, curiosamente, podem acabar sendo complementares. Antes de nos determos neste ponto, primeiro, falaremos um pouco sobre o TOC para quem não o conhece.

O TOC é um transtorno de ansiedade caracterizado por pensamentos, imagens ou idéias intrusivas (obsessões) e que causam desconforto e sofrimento, considerados difíceis de controlar. Para diminuir a ansiedade e o desconforto ocasionados por tais pensamentos, as pessoas que sofrem de TOC lançam mão de rituais comportamentais ou mentais (compulsões) com o intuito de ”neutralizar” ou prevenir as imaginárias consequências nefastas associadas aos pensamentos e assim reduzir a ansiedade e o sofrimento. Na grande maioria dos casos, o indivíduo reconhece que os pensamentos obsessivos são destituídos de sentido ou não possuem embasamento real, além de admitir que são produtos de sua própria mente. Em alguns indivíduos essa percepção é falha, ou seja, o *insight é* bastante pobre. No caso de crianças, também não se espera que elas reconheçam o caráter de estranheza e ausência de sentido desses pensamentos, uma vez que ainda não desenvolveram esse nível de autopercepção.

Como exemplo, pode-se citar aquela pessoa que mantém objetos e utensílios ordenados em rígida seqüência e que experimenta acentuada sensação de incômodo se encontrar algo fora do lugar; a pessoa que lava as mãos repetidamente porque é assaltada por pensamentos desconfortáveis *acerca* de estar contaminada por germes, ou aquela pessoa que checa repetidamente os trincos e fechaduras porque não consegue se desvencilhar da preocupante idéia de que elas podem ter sido esquecidas abertas. O tempo perdido com a realização dessas compulsões é significativo (mais de uma hora por dia) e freqüentemente causa prejuízo ao desempenho no trabalho ou na escola, já que a ocorrência das idéias ou imagens obsessivas prejudica a concentração necessária à realização de tarefas, e o cumprimento dos rituais compulsivos implicam gasto de tempo e energia. Além disso, o sofrimento relacionado às obsessões e à conseqüente ritualização pode ser de tal forma incômodo ao indivíduo, que ele pode passar a isolar-se e a evitar locais e situações que possam evocar as obsessões e compulsões. Em alguns casos extremos, a pessoa deixa de sair de casa. Assim, fatalmente sucumbirá à depressão. Aliás, o TOC tem uma alteração bioquímica em comum com a depressão: disfunções serotoninérgicas. Como será visto no capítulo referente à Etiologia (origem da questão), a serotonina também cumpre seu papel no DDA, embora sem a mesma preponderância que a dopamina e a noradrenalina. De qualquer forma, há mais em comum entre o DDA e o TOC do que a sigla de três letras.

Pessoas com DDA que tenham a vulnerabilidade biológica e genética para o TOC podem acabar sendo mais suscetíveis a desenvolvê-lo do que pessoas que não tenham DDA. Como o DDA é assaltado por estímulos, idéias e imagens que não consegue filtrar eficientemente, a probabilidade de ter pensamentos considerados desagradáveis e desencadeadores de ansiedade aumenta dramaticamente.

Mas, além do fluxo aumentado de idéias e imagens, as dificuldades de organização, as constantes distrações e esquecimentos do DDA podem causar

desconforto adicional. Se o indivíduo passa a ser assaltado por pensamentos de que esqueceu algum objeto, de que alguma coisa pode estar fora do lugar, de que algo pode dar errado por conta de sua distração e passar a desenvolver, então, comportamentos ritualísticos de verificação ou contagem para prevenir tais situações, então, infelizmente, o TOC pode desenvolver-se como quadro associado.

O diagnóstico, desnecessário dizer, também deve ser bastante cuidadoso, em função de os sintomas de TOC serem muito mais aparentes e causarem desconforto mais significativo, podendo assim mascarar o DDA.

Uma condição muito mais comum e que, felizmente, não causa sofrimento tão acentuado, é o do DDA que acaba desenvolvendo traços obsessivos para conseguir lidar melhor com suas distrações, freqüentes esquecimentos, desorganização e rompantes impulsivos. Ele engendra seus esquemas de organização e acaba tornando-se bastante meticuloso e crítico em seu trabalho. Como sabe que tende a cometer erros por causa de detalhes bobos, checa constantemente seus afazeres com cuidado redobrado. Este tipo perfeccionista materializa-se perfeitamente na figura do DDA bem-sucedido, que utiliza bem as vantagens de seu funcionamento, ao mesmo tempo que minimiza as desvantagens, desenvolvendo esses pequenos traços obsessivos. O problema aqui pode ser a ansiedade que inevitavelmente experimentará em função de seu perfeccionismo. Como foi visto no capítulo sobre tipos talentosos de DDA, este indivíduo iria encaixar-se bem na figura de um DDA *acionista.*

DDA com **DEPRESSÃO:**

Em uma pessoa com DDA, a Depressão pode desenvolver-se de forma secundária ao desconforto provocado pelo comportamento DDA, como também pode surgir primariamente em função de alterações neuroquímicas e/ou funcionais semelhantes. Primeiramente, falaremos um pouco da primeira condição.

Não é muito difícil se imaginar a relação do DDA com estados depressivos. Como temos realçado, repetidamente neste livro, a pessoa com DDA, na grande maioria das vezes, tem baixa auto-estima. Ela desenvolve um baixo conceito de si mesma, não só pelas referências externas que recebeu, mas também pelas críticas, repreensões, castigos, comentários depreciativos acerca de suas características *e* tantos outros sinais sociais negativos, como também se pauta em seus referenciais internos, o que sente em si mesma: suas dificuldades cotidianas de organização, a tendência a protelar tarefas, a desatenção, os erros bobos, a impulsividade e as inúmeras gafes conseqüentes desta, a inquietação, os esquecimentos e a penetrante sensação de baixo rendimento. Ela poderia definir-se na frase: ”eu sou inadequada”. Acaba mergulhando no pessimismo persistente que a acompanha, embora seja teimosa o bastante para continuar insistindo. Um DDA dificilmente desiste. Tal como a figura mitológica de Atlas, ela não pode permitir que seu mundo desabe, mesmo que sofra sob um peso esmagador que, muitas vezes, não sabe identificar de onde vem ou de que é feito.

Assim, resumidamente, um DDA não tem uma opinião favorável de si mesmo, e nem do mundo e das pessoas que o cercam; afinal, por várias vezes e em fases críticas de sua vida, não recebeu reforços sociais. E caso tenha

recebido, não percebe ou, simplesmente, desconsidera e minimiza. Ele já não avalia muito bem o impacto que causa nas pessoas e no ambiente.

Sua vibração contagiante, criatividade e carisma podem ser percebidos por todos, menos por ele mesmo. Igual a quem está perdido em uma sala de espelhos modificados de um parque de diversões, vendo imagens distorcidas de si mesmo.

A partir daí, não fica difícil concluir que essa pessoa seja tremendamente desesperançada em relação ao futuro e à sua capacidade de enfrentá-lo. O futuro é um monstro à espreita na esquina e, ainda que muitas vezes essa pessoa dobre muitas esquinas da vida com eficiência, ainda acredita que foi por sorte e não por sua capacidade. Para ela, o monstro pode saltar a qualquer momento.

Essa situação muito comum de se sentir "remando contra a maré" predispõe o DDA a um estado de depressão que, ao nosso ver, representa muito mais um estado de exaustão em função da grande quantidade de energia dissipada pelo próprio comportamento DDA e suas conseqüências cotidianas nos mais diversos âmbitos de suas vidas (profissional, social, afetivo e familiar).

Por outro ângulo, temos o fato de que, provavelmente, DDA e Depressão compartilhem alterações semelhantes (ver capítulo sobre origem do DDA). Estudos sugerem tal possibilidade, já que alguns medicamentos antidepressivos revelam-se eficazes no tratamento do Distúrbio do Déficit de Atenção, quando prescritos em baixas doses. Assim, é bastante provável que as duas condições coexistam em quem seja biologicamente vulnerável. E os sintomas de uma acabem por agravar os da outra e vice-versa.

De fato, já nos deparamos com vários casos de Depressão em que, após criteriosa investigação, revelou-se também o Distúrbio do Déficit de Atenção, até então oculto pelos sintomas mais evidentes das alterações no humor. Aliás, é necessário que o médico seja bastante cuidadoso com a questão da instabilidade humoral. Normalmente, o indivíduo que tem DDA já apresenta oscilações de humor bastante acentuadas; às vezes, em curtos espaços de tempo. Diferenciar esse sobe e desce afetivo, característico do DDA de um quadro realmente depressivo, é de importância vital, pois implica alterar inclusive a conduta medicamentosa. Para diagnosticar-se a Depressão, deve-se observar a consistência do quadro clínico, em contraposição à labilidade dos estados de humor de um indivíduo com DDA.

DDA com **TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR:**

O Transtorno Bipolar às vezes pode ser confundido com o DDA porque ambos os transtornos envolvem um alto nível de energia e atividade. A característica mais marcante do Transtorno Bipolar é a intensa variação de humor, indo do poço mais fundo da depressão aos píncaros da exaltação e do entusiasmo desarrazoados. No entanto, embora o DDA também possua mudanças de humor súbitas, o que diferencia as duas síndromes é a intensidade. O bipolar sempre desce mais fundo e alça vôo mais alto. A amplitude entre os estados de humor extremos é bem maior que no DDA. Um DDA pode ser visto como agitado, entusiasmado e "elétrico", e ter justamente seus pontos fortes em características tais como essas, sendo admirado por isso com freqüência. Na pessoa com Transtorno Bipolar e que esteja em fase eufórica, dificilmente será vista da mesma

forma. As outras pessoas logo percebem que algo está *over* ali e, freqüentemente, consideram bastante desagradável.

A pessoa em crise eufórica fala aos jorros, sem pausas e salta de um tópico a outro sem nenhuma conexão aparente ou plausível entre os assuntos, assim como costuma discursar sobre a importância de si mesma. Pode tornar-se irritadiça e até agressiva. Perde completamente as estribeiras, esbanja somas de dinheiro que muitas vezes não tem, coloca-se em empreitadas arriscadas, perde a noção do perigo. Ela não tem limites. Quando entra na fase depressiva, cai no fundo do poço e um pouco mais ainda. Não parece a mesma pessoa. Mas é; só que murcha e desbotada.

O DDA, embora também tenha alguma oscilação de humor, não chega a despencar para um estado depressivo, a não ser que realmente entre em Depressão, como já foi visto há pouco no tópico DDA e Depressão.

Diferenciar os dois transtornos é determinante para o bem-estar do paciente, visto que a terapêutica psicofarmacológica é completamente diferente, e o que é eficaz para um é inócua para o outro.

Saber diferenciá-los também é importante na medida em que há a possibilidade de uma pessoa apresentar os dois quadros. Muitas vezes, o DDA passará completamente despercebido por entre os sintomas muito mais floridos do Transtorno Bipolar. Mas o DDA pode estar presente e não ser adequadamente tratado. O médico perceberá que o tratamento não estará sendo tão eficiente como costuma e poderá ter dificuldades, se não perceber os rastros deixados pelo DDA no solo caótico do Transtorno Bipolar. Saber identificar esses rastros é uma tarefa desafiadora que requer observação cuidadosa e dedicada.

DDA com **TRANSTORNOS ALIMENTARES:**

Como já se sabe, comportamentos compulsivos são um tanto comuns em quem tem DDA. As compulsões podem tanto apresentar-se na forma da dedicação exagerada ao trabalho (o *workaholic),* como no uso compulsivo de cigarro, bebida ou outras substâncias ilícitas, sexo ou ainda comida.

Por vezes, essas compulsões podem ultrapassar a condição de comportamentos característicos do DDA e tornarem-se transtornos à parte. Um exemplo muito comum é a dependência química.

Muitos DDAs podem comportar-se como grandes comilões e apresentarem dificuldades em controlar o impulso de comer as popularmente chamadas, ”besteirinhas”. Como no caso das drogas, pode ser uma tentativa errada de automedicação. O indivíduo pode experimentar alívio em seus sintomas de inquietação e desconforto subjetivo quando está ”roendo” alguma coisa. O problema começa quando isso acarreta algum prejuízo e desconforto à vida dessa pessoa, interferindo em seu funcionamento no ambiente familiar, acadêmico, de trabalho ou social. Em alguns casos, pode realmente existir comorbidade com algum transtorno alimentar, tais como o transtorno do comer compulsivo, a Bulimia e a Anorexia Nervosa. Os dois últimos não são tão comuns como comorbidades associadas ao DDA, pelo menos não a ponto de despertarem nossa atenção terapêutica. Diríamos que, dentre os transtornos alimentares que já observamos

em alguns dos nossos pacientes DDAs, o transtorno do comer compulsivo é o mais comum, seguidos de longe pela Bulimia e Anorexia Nervosas.

Quando o DDA deixa de atacar a geladeira para comer suas besteirinhas para assim apaziguar sua tendência à compulsão e passa a ingerir grandes quantidades de alimentos, muitas vezes organizando-se em torno disso, pode estar apresentando o que se chama de Transtorno do Comer Compulsivo. A pessoa simplesmente não consegue controlar seus desejos de ingerir alimentos, esteja com fome ou não. Aliás, não se dá tempo de sentir fome. Seu organismo está constantemente sobrecarregado com a função digestiva e isso pode acarretar problemas no aparelho gastrintestinal bem como em outros órgãos.

O Transtorno do Comer Compulsivo costuma levar o indivíduo a procurar ajuda em função dos prejuízos mais visíveis em seu aspecto físico, com conseqüente comprometimento de sua auto-estima. Não é incomum esses pacientes procurarem, como primeiro tratamento, médicos especializados nos mais diversos tipos de dietas, antes de terem seus problemas relacionados aos sintomas de DDA. Portanto, é bastante útil questionar esses pacientes acerca de sintomas característicos de DDA, bem como de outros transtornos.

DDA com **TRANSTORNO DE CONDUTA E/OU TRANSTORNO DESAFIADOR OPOSITIVO:**

Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador Opositivo são dois distúrbios infantis bastante perturbadores e que causam muita consternação. Crianças com esses distúrbios são mais do que rebeldes ou problemáticas.

A criança com Transtorno de Conduta apresenta comportamentos desajustados, tais como violações de regras, agressões, podendo chegar à crueldade física, atos delinqüentes, precocidade sexual e um padrão consistente de desrespeito ou desconsideração aos direitos e sentimentos alheios, entre outros. Além disso, essas crianças apresentam um risco maior de desenvolver na idade adulta o Transtorno de Personalidade AntiSocial.

O Transtorno Desafiador Opositivo não é tão grave quanto o Transtorno de Conduta. Crianças com esse transtorno apresentam um padrão de desafio e desrespeito a figuras de autoridade e a regras estabelecidas, mas o prognóstico não é tão preocupante quanto o primeiro e não apresentam o mesmo nível de agressão, delinqüência e crueldade (com outras pessoas ou animais).

Se uma criança apresenta sintomas tanto de Transtorno de Conduta como Transtorno Desafiador Opositivo, considera-se o primeiro como prevalente e diagnostica-se somente o Transtorno de Conduta, já que este engloba os comportamentos diruptivos do Transtorno Desafiador Opositivo, sendo, no entanto, de gravidade muito maior. Além disso, normalmente o Transtorno Desafiador Opositivo é considerado como um antecedente do Transtorno de Conduta.

Em algumas crianças com esses transtornos observam-se também sintomas do Distúrbio do Déficit de Atenção. Assim, uma criança com Transtorno de Conduta ou Desafiador Opositivo também pode apresentar Distúrbio do Déficit de Atenção com hiperatividade/impulsividade (na maioria absoluta dos casos, já que tais transtornos são muito mais freqüentes em crianças do sexo masculino) em concomitância.

O DDA pode manifestar alguns comportamentos que lembrem os sintomas dos Transtornos de Conduta e Desafiador Opositivo. No entanto, a criança, que é apenas DDA, pode apresentar comportamentos problemáticos muito mais em função da hiperatividade, impulsividade e desatenção do que comportamentos com a intenção clara de causar prejuízos ou burlar regras. Uma criança DDA, por exemplo, pode deixar de seguir uma ordem porque não está atenta o suficiente ou porque tem dificuldades em realizar a tarefa até o final, mas jamais porque realmente seja sua intenção principal desafiar a pessoa que fez o pedido ou então desrespeitar alguma regra. Há uma distinção clara de temperamento.

A criança DDA pode cometer alguns erros graves porque foi desastrada, imprudente e impulsiva e não motivada por sentimentos de rancor, vingança ou sadismo. É necessário fazer cuidadosamente essa distinção, porque a criança que apresenta Transtorno de Conduta ou Desafiador Opositivo pode também ter as características de impulsividade e hiperatividade do DDA, mas o temperamento primário é bastante diferente, assim como a motivação para os comportamentos problemáticos. Um detalhe que jamais deve ser esquecido é que a criança DDA sofre com seus problemas, ao passo que as crianças com Transtorno de Conduta e Desafiador Opositivo, principalmente a primeira, normalmente não apresentam sentimentos de culpa ou arrependimento. Já a criança DDA tem remorso até pelo que não fez, mas pelo qual se atribui culpa por ter a experiência de ser bastante criticada e ter baixa auto-estima.

DDA com **TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL:**

Em alguns trabalhos, pode-se observar que é citada a ocorrência de problemas de conduta e traços anti-sociais entre pessoas que tenham DDA. A partir desses referenciais, entende-se que é possível a comorbidade entre Distúrbio do Déficit de Atenção e Transtorno de Personalidade Anti-Social.

Em nosso entendimento e pelo que temos observado, não concordamos com a concomitância do DDA com este transtorno de personalidade.

Antes de nos determos mais nesta questão, tentaremos descrever brevemente o Transtorno de Personalidade Anti-Social. Primeiramente, é necessário explicar o que é um transtorno de personalidade. Esses transtornos consistem em um padrão inflexível e consistente de comportamentos e na forma de interpretar os acontecimentos. Além disso, desviam-se acentuadamente dos padrões de comportamento que se esperam dos indivíduos no sistema sociocultural no qual estão inseridos e cujo o início se dá, normalmente, na adolescência ou no começo da idade adulta. A persistência e inflexibilidade desses padrões de pensamento e comportamento é que os definem como características de personalidade, e o sofrimento e prejuízos que causam a seu portador e, indiretamente, também a outras pessoas de sua convivência, é o que os insere na categoria de transtornos.

O Transtorno de Personalidade Anti-Social caracteriza-se por padrões de comportamento de violação e desrespeito aos direitos de outras pessoas. A pessoa portadora desse transtorno também é conhecida como psicopata ou sociopata. Geralmente são pessoas manipuladoras, insensíveis e cínicas, incapazes de sentir compaixão por outras pessoas e também de sentir remorso e

culpa por atos prejudiciais que tenham cometido. Essa ausência de remorso é devida não só à indiferença afetiva, já que essas pessoas apresentam uma completa ausência de empatia por outras, como também pelo não reconhecimento de regras e costumes sociais. Um adjetivo que pode defini-las é: amoral.

São indivíduos que normalmente já apresentam indícios do transtorno na infância, quando se faziam notar sintomas de Transtorno de Conduta. Ter um Transtorno de Conduta quando criança aumenta o risco de desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Anti-Social na idade adulta.

Estudos sugerem que existem fatores hereditários envolvidos, já que parentes em primeiro grau de pessoas com esse transtorno possuem um risco maior de desenvolvê-lo também.

Sintomas presentes nesse transtorno seriam: falha em adequar-se às normas sociais; prática repetida de atos passíveis de sanções legais e aprisionamento; tendência a mentir, ludibriar e enganar; irresponsabilidade acentuada e incapacidade de manter-se em uma atividade profissional; prática de atos que põem a própria segurança e saúde em risco, assim como o de outras pessoas; inexistência de remorso e indiferença pelo sofrimento alheio.

Quando uma pessoa dessas chega ao consultório do psiquiatra, quase sempre é por pressões familiares ou, então, com o intuito de se beneficiar de alguma forma de um laudo médico. Freqüentemente estão envolvidos com problemas legais, endividados e às voltas com o sistema judicial e tentam obter do médico algum diagnóstico ou comprovação de problemas que os auxiliem a minimizar as sanções que lhes são impostas. Mas não estão movidos por um desejo real e sincero de mudar. Como já foi dito, não sentem remorso. Inclusive aprendem que a demonstração de remorso e culpa pode ser benéfica, na medida em que angaria simpatia por parte de outras pessoas; no entanto, o psiquiatra ou psicólogo que esteja suficientemente atento à consistência e coerência de seu comportamento irá registrar lacunas nessa tentativa de dissimulação.

Como a pessoa portadora desse transtorno apresenta-se bastante impulsiva e agitada, tais sintomas podem levar à determinação de um diagnóstico concomitante de DDA. Mas o fato é que impulsividade e hiperatividade não são sintomas exclusivos do Distúrbio do Déficit de Atenção e estão presentes em vários outros transtornos mentais. Como já foi discutido anteriormente neste capítulo e em outros, uma pessoa com DDA pode desobedecer a uma regra inadvertidamente por falta de atenção e incapacidade em executar uma ordem até o final, mas não porque não reconheça a legitimidade e necessidade de normas sociais ou desrespeite propositadamente figuras de autoridade.

Um DDA, por ser impulsivo e desatento, constantemente causa constrangimentos e desagrados a outras pessoas, mas há fatores diferenciadores que tornam o DDA e o sociopata tão diferentes como água e vinho: o remorso e a compaixão.

O DDA é sensível aos sentimentos alheios, embora possa falhar em reconhecê-los com a mesma prontidão e eficiência de pessoas não-DDAs. O DDA consegue ser empático e colocar-se no lugar de outras pessoas, embora suas características desatentivas o levem a empregar um esforço maior. O DDA sente remorso, mesmo que sua impulsividade o leve a fazer e dizer coisas sem pensar. Reconhece seus erros e sofre com isso. Se assim não fosse, não seriam comuns

a baixa auto-estima e o forte senso de inadequação nessas pessoas. Quando busca ajuda, quase sempre suas queixas estão relacionadas ao sofrimento imposto por sua desorganização e impulsividade que assume a forma de depressão e ansiedade. Sofre com os prejuízos acarretados em seus relacionamentos sociais e quer consertar o erro. Muitas vezes, pensa que deve ter alguma falha de caráter ou que é um bobalhão. Quando chega ao consultório médico, vem à procura de auxílio, não à procura de um álibi.

Por tudo isso, acreditamos que DDA e Transtorno de Personalidade Anti-Social são duas condições distintas e que não podem coexistir.

Dentro do peito de um sociopata e de um DDA batem dois tipos bem diferentes de coração: no primeiro, um órgão que se esgota em seu sentido funcional, objeto de estudo de um cardiologista. No segundo, bate um órgão também funcional, que transcende a natureza fisiológica, podendo tornar-se tema inspirador à sensibilidade de poetas e apaixonados.

DDA com **USO DE DROGAS:**

Esta condição será relatada em detalhes no capítulo referente à dependência química: *Uma relação explosiva: DDA X Drogas.*

DDA com **TRANSTORNOS DO SONO:**

Esta condição será relatada em detalhes no capítulo referente aos transtornos do sono: *A difícil tarefa de dormir bem.*

...Ouça-me bem, amor.
preste atenção
o mundo é um moinho
vai triturar teus sonhos tão mesquinhos
vai reduzir as ilusões a pó...

“O Mundo é um Moinho”
Cartola

Capítulo 9 - UMA RELAÇÃO EXPLOSIVA: DDA E DROGAS

perigos camuflados e atrações fatais...

Dario tem 40 anos. Já trabalhou como analista de risco em investimentos em um grande banco. Hoje trabalha no pequeno bazar do pai. Perdeu o emprego porque, apesar de seu *timing* e arguto senso de oportunidade, a inconstância de seu comportamento não o tornava apto a manter um trabalho com hora de entrada e saída, prazos a cumprir, relatórios e justificativas a apresentar. Seu envolvimento com drogas desestruturou toda sua vida. Às vezes, no embalo de seu consumo, esquecia-se até de justificar suas faltas no trabalho.

O mais curioso é que ele fazia uso da cocaína para ”se inspirar”. Dizia que se sentia mais concentrado e eficiente. Quando estava sob efeito da cocaína, falava, ”meus instintos ficam mais agudos”, ”eu arrisco mais”. Algumas de suas jogadas financeiras bem-sucedidas eram atribuídas a esses ilusórios momentos de ápices perceptivos. Mas, certamente, todos os seus fracassos desde então também podem ser seguramente imputados ao vício que ele acreditava que lhe proporcionava tais momentos.

”No início, a percepção que tinha era de que a droga me turbinava. Desenvolvi dependência rapidamente. Não demorou muito para começar a consumir a droga simplesmente para não passar pelo mal-estar da abstinência. Era como estar em areia movediça. Se me debatia, me afundava mais.”

Dez anos depois de estabelecida a dependência, Dario recebeu o diagnóstico de DDA. Em uma consulta médica, o psiquiatra prestou especial atenção à declaração de Dario sobre os efeitos da cocaína em seu organismo. Ao contrário da maioria dos usuários, Dario não relatava sentir-se ”alucinado”. E sim, com ”percepção aguçada”, *capaz* de ficar horas ”fazendo a mesma coisa”. Esse efeito paradoxal norteou os questionamentos posteriores do médico até que concluísse pelo diagnóstico de Distúrbio do Déficit de Atenção.

Dario estava se ”automedicando”. A cocaína o fazia se sentir mais concentrado e produtivo, no início. Trazia muito trabalho para casa e fazia a maior parte dele, assim, sob efeito da droga. No local de trabalho ficava disperso e inquieto, não se sentindo eficiente o bastante. Mas ao cabo de certo tempo, os efeitos devastadores da droga começaram a se fazer notar e logo já não lhe serviam para nada, nem para se concentrar. Ele foi engolfado pela necessidade e dependência. Precisava da cocaína apenas porque seu organismo estava dependente. Mas já não sentia nenhum efeito pseudo-benéfico. A droga tornou-se um fim em si, e não apenas o meio. Hoje em dia, declara: ”Se houvesse outros modos de conseguir organizar-me, ou se pelo menos soubesse que meu funcionamento dispersivo era devido a uma condição orgânica e não a uma tendência à preguiça, como eu acreditava antes, talvez tudo pudesse ter sido diferente. Não sei. Mas isso não ajuda em nada agora. O que interessa é me levantar dos escombros. Tentar reconstruir minha vida... e, sabe, com esses escombros construirei a base. Eles estarão sempre lá para me lembrar de tudo o que perdi e de tudo o que aprendi também.”

Existe uma relação bem estreita entre o Distúrbio do Déficit de Atenção e o uso e/ou a dependência de substâncias denominadas ”drogas”. Nesse universo tão complexo, nos defrontamos com uma triste realidade: pessoas com DDA são mais

propensas ao uso de drogas do que outras que não apresentam tal funcionamento mental. Estima-se que só nos Estados Unidos existam entre 10 e 15 milhões de pessoas com Distúrbio do Déficit de Atenção e que, aproximadamente, 40 a 50% delas façam uso de drogas. Vale lembrar que esses números não incluem os indivíduos com DDA que utilizam a comida, jogo, sexo, compras e outros comportamentos de forma compulsiva que poderiam ser incluídos na categoria de dependentes, sem qualquer receio de estarmos incidindo em um erro diagnóstico.

Diante dessa angustiante realidade, a sociedade, como um todo, e, em especial, os profissionais da área de saúde e educação passam a ter um compromisso ético de, ao deparar-se com um indivíduo com DDA, observar ou mesmo procurar sinais e sintomas que revelem o uso/abuso ou dependência de drogas. E vice-versa: diante de casos em que haja envolvimento com drogas é fundamental que se tenha em mente a possibilidade de DDA como ”pano de fundo”. Assim podemos concluir que o DDA é uma das grandes causas do abuso de determinadas substâncias químicas. Por isso mesmo, é chamado de causa ”camuflada” e, como tal, precisa ser rastreada de maneira minuciosa para que um tratamento mais digno e eficaz possa ser oferecido a milhões de pessoas que sofrem angustiadamente, vitimadas por esta combinação tão explosiva: Drogas e DDA.

Muitos estudos vêm sendo realizados com o intuito de entender os mecanismos psicológicos e biológicos que regem essa relação tão perigosa.

Pelo lado psicológico, deparamo-nos com a hipótese da automedicação bem como com as características comportamentais compartilhadas entre DDAs e personalidades predispostas à dependência.

Quanto à hipótese da automedicação, sabe-se que foi postulada por Edward Khantzian, um psicanalista especializado no estudo e tratamento de pessoas com história de abuso e dependência de substâncias químicas. Segundo o autor, as pessoas que usam drogas o fazem com o objetivo de ”tratar” sentimentos camuflados ou ocultos de natureza extremamente desconfortável. Assim, a automedicação seria a utilização de substâncias com os objetivos de: melhorar o rendimento, elevar o estado de humor ou, ainda, minimizar ou mesmo anestesiar os sentimentos dolorosos. Se deslocarmos esse conceito para o funcionamento DDA, poderemos entender, pelo menos parcialmente, o fato de muitos deles se tornarem dependentes de substâncias como o álcool, maconha, tranqüilizantes, nicotina, cafeína, cocaína, açúcares, analgésicos e anfetaminas. Isso ocorreria com o intuito, pelo menos inicial, de proporcionar alívio às suas mentes e/ou corpos inquietos. Assim, apesar de o termo automedicação não ter sido criado para explicar o abuso de drogas pelos DDAs, seu entendimento cai como uma luva no campo da psicopatologia do Distúrbio do Déficit de Atenção e sua relação com as drogas. É como abrir uma das portas do complexo universo das mentes DDA e sua busca, às vezes desesperada, na tentativa de se organizar.

Em um primeiro momento, ou seja, assim que um DDA inicia seu contato com algum tipo de droga, o efeito da automedicação pode até apresentar-se de maneira eficaz (na verdade, pseudo-eficaz), uma vez que drogas como a cafeína, a cocaína ou as anfetaminas fazem com que o DDA consiga concentrar-se, encadear seus pensamentos e dar continuidade às suas tarefas. Já drogas como o

álcool, maconha, morfina e derivados, tranqüilizantes e heroína proporcionam ao DDA um ”anestesiamento” de seus sentimentos e de sua habitual ansiedade.

Muitas pessoas com DDA apresentam uma grande dificuldade em se manterem estáveis emocionalmente. Costumam se sentir tristes, ansiosos, angustiados, exaltados ou mesmo ”estranhos”, sem qualquer motivo aparente ou plausível. Essa avalanche de sentimentos pode levar o indivíduo a vivenciar um estado que denominamos *desconexão emocional,* no qual predomina uma sensação de estranheza em relação a si mesmo. Uma situação vivenciada com grande desconforto (físico e mental) e muito sofrimento, levando com freqüência ao abuso de substâncias, em tentativas de automedicação.

Corroborando o conceito de automedicação na estreita relação entre DDA e drogas, pode-se destacar ainda o fato de muitas pessoas que ignoram ser DDAs e, ao terem contato com cocaína ou anfetaminas, sentem alívio em vários dos seus sintomas, como desatenção e desorganização. Esse alívio, temporário, faz com que muitos DDAs tornem-se usuários crônicos dessas drogas. Se for lembrado ainda que a Ritalina, uma das medicações mais usadas e eficazes no tratamento do DDA, possui um mecanismo de ação parecido com a cocaína e as anfetaminas e, por isso, é também chamada de um estimulante do sistema nervoso central, veremos, assim, que muitos adolescentes e adultos com DDA podem estar usando, de maneira inadvertida e perigosa, cocaína e anfetaminas, como forma de automedicação.

Pelo exposto, conclui-se que a cocaína e alguns tipos de anfetamina seriam as drogas em potencial para um DDA. No entanto, observa-se que o uso do álcool e da maconha também são bastante freqüentes na vida destas pessoas.

Nesses casos, constamos que os usos visam a automedicar a grande angústia e ansiedade que esses indivíduos apresentam. O álcool, tal qual um tranqüilizante, tem a capacidade de reduzir, a curto prazo, estes desconfortáveis sintomas. No entanto, com o abuso crônico, o álcool gera neste mesmo indivíduo sintomas depressivos e, uma vez estabelecida a dependência física, proporciona grandes doses de ansiedade em função das crises de abstinência.

Tal qual o álcool, a maconha, inicialmente, proporciona grande alívio na inquietação mental e física de um DDA, mas, a longo prazo, promove uma desmotivação vital que acaba por alimentar a desorganização que muitas vezes toma conta do cotidiano dos DDAs. Assim, pode-se concluir que, por um período, em geral curto, a automedicação pode trazer uma sensação bastante confortável a um DDA; todavia, com o passar do tempo, poderá acarretar uma grande lista de problemas desagradáveis relacionados com a dependência química. Uma vez que esta seja estabelecida, a droga consegue algo que parecia impossível: transformar a vida de um DDA em algo muito mais difícil e desconfortável que antes. O que no início era solução, transforma-se, agora, em um poço sem fundo de problemas que podem incluir: perda de emprego, violência doméstica, desestruturação de famílias, desastres automobilísticos, comportamento sexual de alto risco, crimes impulsivos, ruína financeira e, até mesmo, morte.

A afirmação de Wendy Richardson resume perfeitamente a situação de risco presente na relação DDA-Drogas-Automedicação:

Automedicar DDA com álcool e outras drogas é como apagar fogo com gasolina. Sua vida pode explodir se você tentar ludibriar as chamas do DDA.

Ainda dentro dos aspectos psicológicos existentes na coligação DDA e drogas, deve-se destacar o fato de que algumas características apresentadas no comportamento DDA encaixam-se perfeitamente no perfil de personalidade de pessoas com tendência à dependência.

Ao se analisar a personalidade dos indivíduos que se tornam dependentes de algum tipo de substância, é possível deparar-se, na grande maioria das vezes, com alguém portador de uma estrutura interna frágil, desprovida de recursos para enfrentar, de maneira adequada, os fatos e momentos marcantes de sua vida. Lidar com a vida é algo muito difícil para os dependentes, não só pelas dificuldades reais que o cercam, como pela sua incapacidade de utilizar suas vivências passadas como aprendizado útil no enfrentamento da realidade. Incapazes de suportar as frustrações e restrições inerentes à vivência humana, estas pessoas passam a agir de maneira extremamente impulsiva com o intuito urgente de saciar sua ânsia de segurança interna. Dessa maneira, partem para o uso de uma substância (droga) e passam a ter a ilusão de estarem supridos e suficientemente fortes para enfrentarem as adversidades.

Quem não se lembra das aventuras de ”Popeye”, personagem que retratava um homem simples e comum, que, ao se deparar com problemas pessoais de qualquer ordem, recorria ao seu mágico espinafre, com o poder de transformá-lo em um super-herói seguro de si e imbatível. Diante do *status* que Popeye adquiria com o uso de seu espinafre, pode-se afirmar que existe nesta inocente relação (Popeye X espinafre) toda a dinâmica presente na interação dependente X droga. Afinal, uma substância, por si só, não é uma droga. O que determina a designação de droga dada a uma substância é a mudança de comportamento que ela produz e o *status* temporário de que o usuário desfruta com a transformação advinda de seu uso.

O indivíduo com características predisponentes à dependência não consegue entender que uma mudança real e saudável é fruto, fundamentalmente, do desenvolvimento da paciência, do exercício da capacidade de reflexão e da aceitação dos sofrimentos e fracassos vitais. Para esse indivíduo, toda a demora existente no processo de uma mudança real é inaceitável. Isso ocorre, pois, além da impaciência, nutre uma necessidade violenta e impulsiva de desfazer-se de uma identidade que ele próprio não estima e que, em muitos casos, foi também pouco estimada nas etapas iniciais de sua vida. O dependente se vê como uma estrutura estática e incapaz de realizar mudanças positivas a partir de si mesmo. Assim, compulsivamente, segue em direção à negação de suas fragilidades, por meio do uso de substâncias mágicas que lhe ofereçam mudanças rápidas e sem qualquer tipo de esforço auto-reflexivo.

Semelhante a uma personalidade predisposta à dependência, o DDA apresenta uma estrutura interna frágil, grande insegurança pessoal, baixa auto-estima, impaciência, baixa tolerância à frustração e intensa impulsividade.

Não se sabe dizer se essas semelhanças possuem algum significado maior que nos leve a uma gênese comum, pelo menos parcialmente, entre o funcionamento DDA e a dependência química. Até o momento, no que concerne à análise comportamental desses dois funcionamentos, só se pode afirmar que suas estradas costumam cruzar-se com uma freqüência bastante peculiar.

No que se refere ao aspecto biológico da questão, tudo começa a se encaminhar para o neurotransmissor dopamina. Parece que é justamente neste ponto que dependência e DDA usufruem de um território comum.

Em relação à dependência, sabe-se que muitos indivíduos usam drogas para obterem, através delas, sensações ou comportamentos vantajosos e prazerosos. Se assim não fosse, as drogas não seriam hoje um problema de saúde pública em todo o mundo. É comum referir-se à dopamina como o neurotransmissor do prazer e da motivação, e logo se passa a associá-la ao prazer que algumas substâncias podem produzir nos indivíduos em função do seu uso.

Essa associação, inicialmente empírica, vem sendo bastante estudada e, nos últimos tempos, comprovada, graças a pesquisas realizadas recentemente sobre os efeitos da cocaína, através de imagens cerebrais obtidas pela tomografia PET *(Positron Emission Tomography),* um sofisticado método que permite visualizar o funcionamento dos neurônios no exercício de suas funções, utilizando-se marcadores radioativos.

As pesquisas revelaram que a cocaína faz com que uma maior quantidade de dopamina fique disponível no cérebro, causando assim os efeitos eufóricos associados à sua utilização. Pode-se concluir que a cocaína em si não é responsável pelo prazer experimentado por seus usuários e sim o aumento significativo de dopamina que ela promove no cérebro. Portanto, qualquer substância ou comportamento que tenha o poder de causar um aumento nos níveis de dopamina no organismo pode ser chamada de droga. Por isso mesmo se atribui, nos dias atuais, o *status* de droga ao álcool, cafeína, anfetaminas, maconha, nicotina, heroína e outras mais que, certamente, surgirão.

Se for lembrado que o metabolismo da dopamina encontra-se afetado no Distúrbio do Déficit de Atenção, pode-se imaginar, no mínimo, que reside neste fato a base cerebral desta interdependência — DDA X Drogas — de conseqüências tão preocupantes, quanto explosivas.

Quem se tornará dependente?

Todo DDA é vulnerável a abusar de qualquer substância que provoque alteração de comportamento com o objetivo de diminuir os sentimentos desconfortáveis que acompanham esse funcionamento cerebral. Contudo, existe uma variedade de fatores envolvidos no fato de uma pessoa com DDA tornar-se dependente e outras não. A causa disso não é única, pois uma combinação de fatores encontra-se envolvida no processo. Predisposição genética, neurobioquímica cerebral, história familiar, traumas, estresse, tipos de droga e outros fatores físicos e emocionais fazem parte dessa engrenagem. Parte essencial na determinação de quem se tornará dependente ou não é a combinação e a cronometragem (tempo de exposição) a esses fatores. Um DDA pode ter uma predisposição genética para o álcool mas, se ele opta por não beber, consciente dos riscos aumentados que possui, nunca se tornará um alcoólatra. O mesmo ocorre com as demais drogas. Se um DDA nunca fumar maconha, cheirar cocaína ou usar heroína, obviamente nunca se tornará um dependente dessas substâncias, independentemente de seu funcionamento e/ou de seus outros

fatores predisponentes. Por isso, tratando-se de drogas e DDA, a máxima regente é intervenção precoce e prevenção.

Intervenção precoce e prevenção

Nem pense. Diga NÃO! Essa simples tomada de posição pode revolucionar positivamente a vida de um DDA, no que tange à sua truculenta relação com as drogas. Isso pode soar de maneira muito simplista, mas, se assim o fosse, não se teriam milhões de crianças, adolescentes e adultos usando drogas todos os dias em toda parte do planeta. Para alguns, a atração biológica e emocional pelas drogas é algo tão forte, que conceituar os riscos de automedicar-se pode ser muito difícil. É o caso de pessoas com DDA que têm uma grande afinidade e atração por experiências estimulantes e arriscadas. Isso também se aplica a pessoas com DDA que estão sofrendo física e emocionalmente com inquietação, impulsividade, baixa energia, vergonha, problemas de atenção e organização, e um alto índice de dor social causados pelo seu não-tratamento.

É difícil dizer não às drogas, quando se tem dificuldade em controlar os impulsos. Em outras palavras, não é fácil resistir às drogas quando se é atormentado por um cérebro ruidoso e um corpo inquieto. Por isso mesmo é que se deve ter em mente que, quanto mais cedo as crianças, adolescentes e adultos com DDA forem tratados, mais aptos estarão os profissionais a ajudá-los no processo de minimizar ou eliminar o efeito da automedicação.

É importante destacar que muitos pais, psicólogos e mesmo médicos, não especializados, receiam usar medicamentos no tratamento dos DDAs. Em primeiro lugar, é preciso lembrar que o uso de medicações nesses casos não é uma obrigatoriedade e sim uma escolha de cada DDA, na busca de um padrão de confortabilidade para suas vidas e a dos demais ao seu redor. Para aqueles que optam pelo uso de medicamentos como um instrumento a mais na busca desse objetivo, é importante lembrar que as medicações devem ser receitadas por um médico especializado no assunto e monitoradas de perto para que possam, de fato, prevenir ou minimizar a necessidade de automedicação. Quando os medicamentos ajudam os DDAs a se concentrarem, controlarem seus impulsos e regularem seus níveis de energia, eles se tornam menos propensos a se automedicarem.

O DDA, não tratado, contribui para o estabelecimento da dependência, bem como para a ocorrência de recaídas no processo de recuperação. Muitas vezes, os sintomas DDA, como estados depressivos, sentimentos de incapacidade, vergonha e inadequação, podem representar o gatilho que irá disparar uma recaída. Muitos indivíduos em recuperação, com DDA, passam horas em terapias, trabalhando questões de infância, conhecendo sua criança interior e analisando seu comportamento na busca dos porquês que os levaram a abusar e a se tornarem dependentes de drogas. Todo esse conhecimento é útil e necessário para o processo de recuperação. No entanto, se, depois de anos de terapia individual ou em grupo, esses indivíduos ainda largam seus empregos de maneira impulsiva, tal qual rompem seus relacionamentos afetivos, não conseguem dar continuidade a seus projetos e têm um nível de energia lento, rápido ou caótico, devemos atentar para a necessidade de estabelecer-se um tratamento mais

direcionado para o funcionamento DDA, com o objetivo claro de reduzir sentimentos e situações que possam desencadear recaídas no árduo processo de recuperação.

Tratamento DDA/Dependência

Não é suficiente tratar a dependência e não tratar o DDA, e viceversa. Ambos precisam ser diagnosticados e tratados para que o indivíduo tenha uma chance de dar continuidade à sua recuperação. É chegada a hora de especialistas em dependência compartilharem informações com aqueles que tratam DDA, na busca de um trabalho com objetivos comuns e mais eficazes. É fundamental que profissionais em dependência entendam que o Distúrbio do Déficit de Atenção é resultado de uma biologia diferenciada e que apresenta boa resposta terapêutica a um programa de tratamento informativo-educacional que, na maioria dos casos, inclui o uso periódico ou permanente de medicamentos. Importante, também, é que profissionais que lidam com os DDAs apoiem o envolvimento destes em programas de recuperação de dependência, bem como os ajudem a trabalhar o receio, ou mesmo o medo, de fazerem uso de algum tipo de remédio. Um tratamento informativo-educacional para DDAs com história de abuso e/ou dependência de drogas inclui as seguintes etapas:

1. Realização de uma avaliação especializada para o DDA e dependências correlatas;
2. Informação com caráter educacional sobre como o funcionamento DDA causa impacto na vida dos indivíduos e das pessoas que os cercam;
3. Envolvimento em grupos de recuperação de dependência, preferencialmente no programa dos 12 passos (Alcoólicos e Narcóticos Anônimos);
4. Tratamento psicoterapêutico do DDA: feito através de terapia de base cognitivo-comportamental. Essa abordagem visa promover uma mudança positiva no comportamento e padrões de pensamento de um DDA, através de um entendimento adequado de seus sintomas;
5. Tratamento medicamentoso do DDA: deve ser efetuado toda vez que os sintomas da síndrome sejam responsáveis por um nível muito elevado de desconforto vital, manifestado pela presença de incapacitações funcionais;
6. Trabalhar a busca de habilidades individuais que levem a um processo de produtividade pessoal e contribuam na reintegração social, familiar e profissional do indivíduo.

Há, ainda, no tratamento dos DDAs, com dependência química, uma questão bastante delicada: em que momento deve-se enfatizar o uso de medicamentos para os sintomas específicos do DDA?

Entende-se que exista uma hierarquia nessa questão e ela deva ter como base o momento de recuperação no qual uma pessoa se encontra. Assim sendo, sugere-se a existência de três estágios distintos de recuperação:

1. Estágio inicial: Corresponde ao período em que a pessoa resolve iniciar o tratamento de sua dependência. Sintomas de abstinência, como agitação, distração, alterações de humor, irritabilidade, confusões e impulsividade estão

presentes e podem confundir-se com os sintomas do DDA. Uma história infantil positiva para DDA pode ajudar a caracterizar melhor esta situação tão ambígua. Em princípio, deve-se evitar o uso de medicamentos psicoestimulantes nesta fase do tratamento, a não ser que *os* sintomas DDA apresentados pelo indivíduo estejam impedindo-o de atingir um estado de sobriedade.

2. Estágio intermediário: Este é o período em que o indivíduo não está mais fazendo uso de sua droga e, em geral, busca ajuda para enfrentar os problemas que não desapareceram com a sobriedade. Tais problemas são, em geral, os próprios sintomas DDA, como instabilidade de humor, desorganização, insegurança, baixo rendimento e impulsividade. Neste momento, o diagnóstico de DDA costuma ser facilmente realizado e o medicamento pode ser utilizado com grande eficácia.

3. Estágio final de caráter contínuo: Neste período a maioria das pessoas consegue expandir sua vida para além de tentar ficar sóbrio. É a hora excelente para tratar o DDA com medicamentos adequados, uma vez que possuem agora uma maior flexibilidade para lidar com outros problemas que não as drogas.

Medicamentos e dependência

Este item será iniciado com o depoimento de Mayra, artesã e química, 40 anos:

”Receber o diagnóstico de DDA aos quarenta anos foi, no mínimo, impactante, mas saber que todo o desconforto que sentia, até aquele momento, tinha uma explicação, tratamento e controle, deu uma sensação de extremo alívio.

Tive uma infância que considero feliz, adolescência angustiada e vida adulta confusa. Pratiquei esportes por anos, fiz curso superior e logo após a formatura iniciava minha vida profissional. Aos olhos dos outros tudo parecia dentro da normalidade, porém não era dessa forma que os meus olhos me viam.

Sentia-me angustiada, ansiosa, exigente comigo mesma e em busca constante de algo que nunca soube definir o quê. Era como se eu não fizesse parte do contexto, apenas uma simples espectadora. Sonhadora, mas sem projetos, sem planejamentos, sem objetivos. Em eterna insatisfação, vivia apenas o presente, capaz de pensar e realizar várias coisas ao mesmo tempo, num ruído mental, que me levava à exaustão.

Aos 23 anos, na tentativa de minimizar meu desconforto, comecei a fazer uso de tranqüilizantes — automedicação favorecida pela minha própria profissão — que, com o passar do tempo, acarretou a inevitável dependência física e psíquica. Por 17 anos consecutivos experimentei uma grande variedade de tranqüilizantes que o mercado oferece e, especialmente, o Lorazepan que me acompanhou pelos últimos sete anos, em doses excessivamente altas.

O uso crônico dos medicamentos levou-me a um estado depressivo e insone que me fez abandonar uma vida profissional relativamente estável. Quando procurei uma psiquiatra, me sentia cética e sem esperanças.

Através de tratamentos psicoterápicos e medicamentosos adequados e incentivos da médica que me assistiu, a depressão foi aos poucos se dissipando e fui me sentindo com mais vitalidade e desejo de um reinício. O diagnóstico do DDA estimulou-me a colher informações sobre o distúrbio, suas causas *e*

conseqüências, as quais me fizeram identificar cada vez mais com seus sintomas característicos.

O próximo passo foi libertar-me da dependência química. Embora tenha sido um processo tortuoso e doloroso, exigindo muita dedicação, empenho e paciência das pessoas que me eram íntimas, transpor esse desafio foi absolutamente possível.

Liberta do torpor dos efeitos dos tranqüilizantes e ainda em tratamento psicoterápico, aos poucos estou adquirindo autoconhecimento e, com isso, autocontrole, podendo administrar e gerenciar melhor meus pensamentos, emoções e talentos. Estou saindo da confusão mental para a objetividade. Abandonando o adiamento crônico dos compromissos, que tanto me angustia, e aprendendo a priorizar as tarefas.

Saber ser portadora de DDA aos quarenta anos, acarinhou e enriqueceu minha alma, trouxe-me a paixão pela vida e mais respeito comigo mesma. Continuo sonhadora, mas hoje acalento meus sonhos, fazendo com que se projetem para o futuro de maneira prática, esperançosa e acreditando na possibilidade de realizações".

Os medicamentos psicoestimulantes, quando adequadamente receitados e monitorados, são eficazes para 75 a 80% das pessoas com DDA. Esses medicamentos incluem a Ritalina®, Dexedrine®, Adderal® e Dosoyn®. É importante frisar que quando usados para tratar DDA, a dosagem utilizada é muito menor do que alguns dependentes costumam usar Para ficarem "altos". Quando um DDA é propenso a esse tipo de medicação, ele não se sentirá "elétrico" ou "alto"; em vez disso, ele relatará um aumento na habilidade de se concentrar e controlar seu nível de atividade física e mental, assim como seus impulsos.

Medicamentos não-estimulantes como Efexor®, Pamelor®, Prozac®, Cylert®, Zyban® e Zoloft® também podem ser eficazes em aliviar os sintomas de DDA em muitas pessoas. Tais medicamentos são freqüentemente usados em combinação com psicoestimulantes. Ambos em pequenas doses. Os medicamentos não-estimulantes não apresentam nenhum risco de abuso e/ou dependência.

Até hoje, é comum médicos que hesitam, por diversos motivos, em usar medicamentos psicoestimulantes para tratar DDAs. No entanto, a prática clínica nos tem revelado que quando uma pessoa, em recuperação de dependência, mostra-se, de fato, disposta a utilizar medicamentos com o objetivo claro de aumentar a eficácia de seu tratamento, a possibilidade de abuso é muito rara. Na verdade, a chave de tudo é o envolvimento do indivíduo em um programa de tratamento informativo-educacional com uma supervisão dos medicamentos, intervenções comportamentais e participação em terapias individuais e/ou de grupos no processo adaptativo dos DDAs e vinculação com programas de recuperação de dependentes.

Uma luz no fim do túnel

Quando há dez anos começamos a nos interessar pelo funcionamento DDA, fomos tomados por sentimentos intensos e antagônicos. Por um lado, o

fascínio por mentes tão inquietas quanto criativas e, por outro lado, a apreensão de constatar a existência de uma relação bem estreita entre o Distúrbio do Déficit de Atenção e o abuso/dependência de substâncias químicas. Essa associação tão explosiva, que nos causou um certo desânimo na elaboração de um plano terapêutico para os DDAs, acabou por nos permitir ajudar diversos pacientes que nos procuravam com a intenção de iniciar um tratamento para um determinado tipo de dependência. Foi então que pudemos observar que essa relação ocorre numa estrada de mão-dupla e que um tratamento eficiente para ambos os lados viria de uma postura de respeito por este fato.

Nos últimos anos, temos testemunhado uma verdadeira transformação de vidas previamente prejudicadas por dependências em DDAs não tratados. Pudemos ver pessoas, recaídas em programas de recuperação, alcançarem sobriedade completa e contínua, após estarem com seu funcionamento DDA sob tratamento; ou ainda, DDAs passarem a ter uma vida confortável, após se libertarem de sua dependência.

Por tudo isso podemos afirmar que, por mais difícil que pareça, há uma luz no fim do túnel e sua intensidade é proporcional ao entendimento e à vontade de cada DDA em reescrever sua vida. Não perca tempo lamentando o fato de ser DDA ou dependente de alguma droga. Em vez disso, faça um pacto de rebeldia consigo mesmo, contrarie as previsões e as estatísticas, e seja feliz.

Capítulo 10 - A DIFÍCIL TAREFA DE DORMIR BEM

aprendendo a relaxar um cérebro a mil por hora...

Se considerarmos que o sono é o momento em que nosso cérebro relaxa com o intuito de recuperar-se do desgaste ocorrido durante o dia, na execução de suas intensas tarefas, surgirá, em se tratando de um cérebro DDA, uma problemática bastante complexa. Afinal, como é possível relaxar um cérebro que anda a 200 km/h?

Os profissionais de saúde especializados e familiarizados com o funcionamento DDA estão cientes de que muitos deles apresentam problemas relacionados com o sono. Esses problemas estão presentes, tanto no ato de adormecer bem, como na manutenção de um sono qualitativamente relaxante. Por isso mesmo, costumam queixar-se de insônia e/ou intensa sensação de cansaço durante o dia.

Infelizmente, quase não existem estudos na literatura geral sobre DDA que expliquem suas dificuldades relacionadas ao sono, tanto em seu aspecto quantitativo, como qualitativo. Dormir em excesso, como ocorre com alguns DDAs, não significa de forma alguma dormir bem. O único dado concreto e compreensível que se tem nesse aspecto é a presença de pensamentos constantes, a uma velocidade tão intensa, que acaba resultando em grandes dificuldades para relaxar e dormir.

Em função das nossas próprias dificuldades de sono e da nossa consciência prática de como elas podem afetar o funcionamento físico e mental diário de uma pessoa, resolvemos incluir, de maneira rotineira, uma breve avaliação do sono em nossas entrevistas iniciais. Em pouco tempo, verificamos os benefícios práticos dessa conduta investigatória. Selecionamos todos os pacientes com DDA e procedemos a uma análise sistemática sobre o sono deles. O resultado foi bastante elucidativo: 85% de todos os pacientes com sintomas DDA sofriam de insônia, sono inquieto e fadiga diurna crônica. Essas alterações estão presentes, de forma constante, nos chamados distúrbios do sono. O Distúrbio do Sono é uma condição crônica que afeta diretamente a qualidade e a quantidade do sono de uma pessoa. Após proceder a uma revisão em pesquisas médicas sobre os distúrbios do sono, pudemos observar a existência de uma relação íntima, documentada em vários desses estudos, entre DDA e distúrbios do sono. Trata-se de uma ”dobradinha” marcada por muita inquietação, insônia e cansaço. Entre os diversos tipos de distúrbios do sono, os que parecem estar mais relacionados com o DDA são a Síndrome das Pernas Inquietas, Síndrome dos Movimentos Periódicos dos Membros e Apnéia Obstrutiva do Sono.

O conhecimento e o tratamento dos distúrbios do sono são importantes para todas as pessoas que sofrem com essas alterações. Em geral, eles não são diagnosticados. Estima-se que uma parcela significativa da população mundial apresente alterações relacionadas com o sono. Só nos Estados Unidos, este número é em torno de 70 milhões de indivíduos e a grande maioria não é diagnosticada nem tratada.

Para os DDAs, o assunto não é só importante, mas, acima de tudo, vital, uma vez que para eles a alteração qualitativa ou quantitativa resulta em um aumento da desatenção *e* da hiperatividade. Como conseqüência, também estarão

afetados a qualidade dos desempenhos profissional e escolar, relacionamentos pessoais e o estado geral de saúde física e mental.

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS

Caracteriza-se por uma sensação desconfortável de inquietação que toma conta das pernas ou braços (mais raro) na forma de uma movimentação imposta ao indivíduo, e costuma ocorrer quando a pessoa se encontra em descanso físico. Quando essa sensação se inicia, as pessoas são tomadas por uma vontade irresistível de mexer as pernas. A maioria encontra alívio com a execução de uma breve caminhada ou de exercícios que coloquem as pernas em movimento. A Síndrome das Pernas Inquietas pode manifestar-se quando o indivíduo está acordado ou dormindo. Quando ocorre na hora de dormir, as sensações, às vezes até dolorosas, e a inquietação contribuem diretamente para a ocorrência de insônia.

Das três condições citadas, como alterações do sono mais comuns nos DDAs, a Síndrome das Pernas Inquietas é a de maior facilidade diagnóstica, uma vez que costuma ocorrer quando a pessoa está acordada e, portanto, apta a lembrar e relatar o fato, quando questionada por um profissional de saúde.

Foi esse problema que motivou Rubens, 52 anos, contador, a procurar ajuda. Ele já não agüentava mais a rotina de ter que dar caminhadas tarde da noite para conseguir adormecer. Além de dormir mal, o tempo que perdia ainda lhe tirava pelo menos duas horas de sono, que acabavam fazendo falta para quem precisava acordar bem cedo todos os dias. Ele demorou bastante a procurar ajuda, pois nunca tinha ouvido falar de algo semelhante, então concluiu tratar-se talvez de um problema de estresse, ou energia que precisava ser ”descarregada”. A esposa reclamava muito das caminhadas e sentia muita preocupação, quando saía já muito tarde. Mas reclamava igualmente quando ele não caminhava e contorcia-se na cama, inquieto, remexendo as pernas. A solução encontrada por ela foi abrir um crédito e comprar ”um destes aparelhos encontrados em academias”: uma esteira.

Rubens tenta descrever o que se passa, embora considere seu problema como uma ”...agonia indefinível. É difícil de explicar. Às vezes, parece que os músculos de minhas pernas estão contraídos, como quando se está fazendo esforço para saltar, e o que sei é que preciso movê-los e aliviar a pressão. Sem isso não durmo, e acabo atrapalhando o sono de minha esposa também. Ela que insistiu para buscar ajuda. Eu até então achava que fosse algo incômodo, mas não tratável”.

Rubens teve mais uma surpresa: além de seu estranho incômodo ser realmente um problema de saúde, também tinha algo chamado DDA. ”Isso é que foi o mais engraçado. Depois de ter sido diagnosticado como portador da Síndrome das Pernas Inquietas, também fui interpelado por minha médica sobre temas como desatenção, desorganização, impulsividade etc. Uma série de características minhas que eu creditava a algum problema de educação ou motivação de minha parte. Lá estava ela me fazendo aquelas perguntas que tinham tudo a ver comigo, quando eu tinha ido só falar sobre o meu problema de insônia. Pensei que ela fosse uma bruxa, uma médium. Depois me explicou que o

meu problema poderia estar relacionado a algo chamado DDA. Foram duas surpresas boas em um dia: os dois diagnósticos. Só saber que eu era DDA tirou uma tonelada de meus ombros. Eu não era bagunçado porque queria ou porque era preguiçoso. Eu tinha dificuldades concretas mesmo!” Hoje em dia, Rubens ainda usa bastante sua esteira por causa dos efeitos benéficos para sua saúde e não porque precisa dessa atividade para adormecer.

SÍNDROME DOS MOVIMENTOS PERIÓDICOS DOS MEMBROS

Caracteriza-se pela movimentação abrupta dos membros (braços e pernas) durante o sono. Costuma estar presente em 80% das pessoas que apresentam a Síndrome das Pernas Inquietas. Em casos mais sérios, os movimentos podem chegar a ocorrer a cada 30 segundos.

A intensa movimentação dos braços e pernas faz com que o indivíduo apresente um sono superficial, em função de tornar-se parcialmente acordado inúmeras vezes durante a noite. Geralmente a pessoa não está ciente desses momentos de sono superficializados e, por isso mesmo, aquelas que não têm um parceiro na cama costumam não saber que apresentam esta condição. Nesses casos, o diagnóstico só poderá ser realizado através de uma polissonografia, que é um estudo específico feito através de monitoramento visual e auditivo do período de sono de uma pessoa. Às vezes, acopla-se a esses recursos audiovisuais um aparelho capaz de medir toda a atividade elétrica cerebral durante o mesmo período.

Os pais das crianças com DDA desconhecem, na maioria das vezes, que seus filhos promovem uma verdadeira guerra corporal com seus lençóis, travesseiros e pijamas durante o sono. No entanto, costumam relatar que suas camas amanhecem em total desalinho e que muitos se apresentam mal-humorados e cansados ao despertar.

Não se sabe exatamente o que causa a Síndrome das Pernas Inquietas e a Síndrome dos Movimentos Periódicos dos Membros. Um grande número de médicos descreve tais síndromes como condições neurológicas hereditárias e que não costumam ser diagnosticadas. Alguns estudos sugerem que a deficiência de ferro e o excesso de cafeína (café, mate, refrigerantes) devem ser levados em consideração na determinação do diagnóstico e no tratamento dessas síndromes, uma vez que esses fatores têm sido associados a uma piora significativa nos sintomas de ambas.

O tratamento da Síndrome das Pernas Inquietas e da Síndrome dos Movimentos Periódicos dos Membros são comuns e costumam envolver medicamentos e intervenção comportamental. Eliminar a cafeína da dieta e enriquecê-la com frutas e verduras, bem como desenvolver uma atividade física regular, podem representar uma melhora significativa nos sintomas dessas alterações do sono. Quanto aos medicamentos utilizados, verifica-se que todos têm em comum o fato de atuarem em receptores cerebrais da dopamina. Isso reforça ainda mais os laços de familiaridade que parecem existir entre DDA e Distúrbios do Sono. Afinal, acredita-se que o Distúrbio do Déficit de Atenção tenha como uma de suas causas fatores hereditários relacionados com receptores da dopamina.

APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

Caracteriza-se pela ocorrência, durante o sono, de episódios em que a passagem de ar pelas narinas e boca é interrompida. Essas pausas respiratórias são quase sempre acompanhadas de ronco entre os episódios de apnéia. Assim sendo, quase todas as pessoas que apresentam Apnéia Obstrutiva do Sono roncam, embora nem todos os indivíduos que roncam apresentam esse problema. Em casos mais graves, o número de episódios de apnéia pode ser de 20 a 30 por hora, em uma noite. Portanto, a Apnéia Obstrutiva do Sono pode ser considerada uma alteração séria e com riscos de vida, uma vez que essas interrupções do sono profundo e restaurador costumam causar dor de cabeça matinal, sonolência excessiva durante o dia, pressão arterial elevada e, em casos mais graves, isquemia cardíaca ou cerebral.

Infelizmente, a identificação da Apnéia Obstrutiva do Sono só costuma ocorrer quando o paciente encontra-se em um estágio avançado do problema.

Se a pessoa tem um parceiro na cama, este poderá identificar a alteração ao deparar-se com uma pausa respiratória em meio a um padrão de roncos bem marcados.

Vários pacientes podem vivenciar uma sensação de sufocamento durante as pausas respiratórias. Para esses, o diagnóstico pode ser um pouco mais fácil em função de o paciente poder relatar uma vaga lembrança de sensações de sufocamento ou ainda pelo ”susto” causado no parceiro de cama ao deparar-se com a pessoa tendo uma reação a esse tipo de sensação sufocante.

É fundamental que todos os médicos considerem a possibilidade de Apnéia Obstrutiva do Sono toda vez que se defrontarem com um paciente que tenha entre suas queixas a presença de sonolência diurna e fadiga crônica. A melhor maneira de se confirmar o diagnóstico é a realização de uma polissonografia em laboratórios especializados.

O tratamento específico para essa condição deve ser planejado a partir de dados sobre a história pessoal do indivíduo (hábitos, vícios, estado civil, tabagismo etc.), de seus exames físicos e de sua polissonografia. A partir desse inventário, uma série de medidas pode ser prescrita aos pacientes:

- Eliminar os cigarros;
- Evitar bebidas alcoólicas;
- Evitar calmantes ou hipnóticos;
- Reduzir o peso corpóreo — isto é especialmente importante para os casos associados à obesidade;
- Dormir de lado, em vez de dormir de bruços;
- Uso constante de um CPAP *(nasal continuous pontive airway pressure)* — uma pequena máquina que bombeia, suavemente, o ar para dentro de uma máscara que fica sobre o nariz, impedindo assim a ocorrência da pausa respiratória. Essas máscaras podem ser prescritas por médicos e são extremamente confortáveis. Com o uso do CPAP, em poucos dias os pacientes relatam alívio intenso na sonolência diurna e na fadiga crônica.

Amadeu é engenheiro civil, tem 49 anos e resolveu procurar ajuda quando começaram a ficar mais freqüentes as queixas de sua namorada que o acordava, apavorada, no meio da noite, dizendo que ele não estava respirando. Ele não sabe dizer se tem esse problema há muito tempo, pois sua ex-esposa não comentava nada, a não ser o fato de ele roncar. Provavelmente, o problema foi piorando com a idade e à medida que Amadeu intensificava o uso de cigarros e bebida. Quem primeiro chamou sua atenção foi a atual companheira, com quem dorme alguns dias da semana. Sobre isso, ele relata:

”Sempre soube que eu não tinha uma boa qualidade de sono. Já acordava cansado e, no resto do dia, literalmente me arrastava. O mau humor era a tônica, e sentia bastante dor de cabeça. Eu tinha vaga consciência de acordar muito durante a noite e de uma sensação de abafamento, até porque sentia a garganta ressequida nestes momentos. Creditava isso a uma combinação de sono leve, estresse, alergia e aos roncos. Sobre os roncos eu já sabia bem. Provavelmente, foi um dos fatores que contribuíram para o fracasso de meu casamento, pois minha ex-mulher não conseguia dormir direito e, então, passamos a dormir em quartos separados. Talvez por isso nunca soube das pausas na respiração.”

Com a nova companheira é que Amadeu teve a oportunidade de descobrir que poderia ser algo diferente e mais sério. Cada um mora em sua casa, e quando dormem juntos, ela faz questão de dormir abraçada. Nesses momentos é que ela percebeu a ocorrência de estranhos silêncios na respiração ruidosa do companheiro. Em uma das vezes, por fim, tocou o tórax de Amadeu e percebeu que ele *não respirava* durante esses silêncios. ”Ela não esperava para saber se eu ia voltar a respirar ou não, me acordava desesperadamente, achando que eu estava tendo algum tipo de ataque ou síncope.” Por fim, com a continuação desses episódios, Amadeu passou a ter receio de adormecer e sua companheira já não dormia em paz, ficando atenta à respiração de Amadeu. ”Aí eu passei a ficar seriamente preocupado com minha saúde e também com as conseqüências que isso podia ter para meu relacionamento. Não queria que fosse tudo por água abaixo novamente. Ela também já não dormia direito ao meu lado.” Amadeu consultou clínicos, cardiologistas e submeteu-se a exames. Após começar a fazer uso do CPAP e mudar alguns hábitos nocivos, experimentou intenso alívio nos sintomas de fadiga e dor de cabeça. Só uma coisa ainda não ”batia”: os esquecimentos e a desorganização, que ele creditava ao ”maldormir”, resistiam ao tratamento. Aliviado dos sintomas mais preocupantes, começou a notar a persistência de incômodas características. ”Eu era tão confuso e bagunceiro que, certamente, se fosse empregado em alguma empresa e não tivesse minha própria consultoria, já teria sido demitido.” Sua consultoria vai de vento em popa, porque ele conta com excelentes assistentes, que organizam e executam suas boas idéias, direcionam bem seu ímpeto empreendedor e monitoram seus afazeres e compromissos de modo que não se prejudique com isso. ”Tenho em meus fiéis funcionários minha memória, minha atenção e minha concentração, já que não as tinha por conta própria. O interessante foi quando notei que isso não mudava mesmo quando passei a ter um sono decente.” Amadeu começou a desconfiar de que podia ter algo a mais quando sua ex-mulher comunicou-lhe que o filho pré-adolescente do casal fora diagnosticado com algo chamado DDA.

Os problemas enfrentados pelo filho eram muito semelhantes aos seus e sua ex-mulher comentou que o médico havia alertado sobre o componente genético do problema. Ela já havia se submetido a uma consulta e comprovado que não era DDA. ”Ela disse brincando: deve ser você. Mas eu levei a sério. Procurei ajuda e não deu outra. Além disso, parece haver uma relação entre o meu problema de sono com o DDA. Então, tudo pra mim se encaixou.”

Hoje em dia, tratando o seu DDA, ele comemora a melhora de seus problemas no trabalho. Os funcionários já não ficam tão apreensivos com as falhas freqüentes do chefe, que eles precisavam prevenir, detectar e remediar. Por conta disso, estão até mais produtivos para outras tarefas. ”Mas ser organizado é chato mesmo, sabe? Eu até não sou tão distraído quanto antes, mas continuo deixando com eles a tarefa de traçarem meu roteiro”, finaliza rindo, contente.

Fizemos questão de escrever este capítulo, em separado, para destacar duas questões que infelizmente vêm sendo ignoradas pela grande maioria dos médicos: Distúrbios do Sono e sua relação com o Distúrbio do Déficit de Atenção. A melhor maneira de contribuir para uma mudança real dessa situação é informar sobre sua ocorrência, possibilidades de identificação e formas de tratamento. Somente assim se poderá falar em qualidade de vida para milhares de pessoas com DDA e que apresentam alguma alteração do sono como um problema coexistente.

Capítulo 12 - UMA BREVE HISTÓRIA NO TEMPO

o longo processo de identificação do funcionamento DDA...

Em 1902, George Fredrick Still realizou uma série de palestras no *Royal College of Physicians.* Nestas palestras, Still falou sobre crianças que eram agressivas, desafiadoras, resistentes à disciplina, excessivamente emotivas e passionais, mostravam pouca ”inibição à sua própria vontade”, tinham dificuldades de seguir regras, eram desatentas, hiperativas, propensas a acidentes e ameaçadoras a outras crianças devido a atitudes hostis. De acordo com Still, essas crianças tinham um defeito maior e crônico ”no controle moral”.

Seu grupo de estudo era constituído por vinte crianças numa proporção de três garotos para cada garota. Seus comportamentos problemáticos haviam surgido antes dos oito anos de idade. Em harmonia com as idéias dominantes da época, Still rotulou os pais dessas crianças como portadores de um ”defeito de controle moral”. No entanto, teve que reconhecer uma ligação hereditária no comportamento dessas crianças, ao perceber que alguns membros de suas famílias apresentavam problemas como depressão, alcoolismo e alterações de conduta. Essa idéia de que o comportamento poderia ter uma causa orgânica mais relevante do que simplesmente ser resultado de uma educação familiar inadequada, foi um conceito arrojado para a época (início do século XX). Mesmo assim, essas idéias ganharam credibilidade, sendo inclusive publicadas no *British Medical Journal.*

Aproximadamente duas décadas depois, médicos americanos estudaram crianças que apresentavam características comportamentais similares às descritas por Still. Mais do que isso, as crianças estudadas nesse período tinham em comum o fato de serem sobreviventes da pandemia de encefalite ocorrida entre 1917-1918.

Numerosos estudos descreveram crianças com ”Distúrbio de comportamento Pós-Encefalite”, em que eram destacados prejuízos na atenção, regulação da atividade física e controle dos impulsos. Em 1934, Kahn e Cohen publicaram um artigo no famoso *The New England Journal of Medicine,* onde afirmavam haver uma base biológica nessas alterações comportamentais, baseados em um estudo com as mesmas vítimas da epidemia de encefalite de Von Ecónomo.

Em função desta correlação feita entre a encefalite e uma possível ”deficiência moral”, estabeleceu-se, na época, um fundamento de caráter generalista e, por isto, errôneo para explicar o funcionamento DDA: outras crianças que não foram expostas ao surto de encefalite, mas que apresentavam sintomas similares, deviam ter sofrido um certo dano cerebral de alguma outra forma. Criou-se assim o termo ”cérebro danificado ou lesionado” para descrever tais crianças. O reconhecimento que muitas dessas crianças, embora diferentes de seus pares etários (outras crianças na mesma faixa de idade), apresentavam-se muito espertas e inteligentes para serem portadoras de uma lesão cerebral de qualquer extensão, acabou originando o termo ”Lesão Cerebral Mínima”, que terminou por se tornar popularmente conhecido e completamente disseminado, apesar de não haver lesão cerebral óbvia, ou, pelo menos, nenhuma que pudesse ser evidenciada por um teste ou exame médico objetivo. As crianças, com esse tipo de

comportamento, deveriam, ainda que de alguma forma, serem consideradas portadoras de um cérebro lesionado.

A partir disso, pensou-se que crianças sem história ou sinais de trauma físico fossem lesionadas cerebralmente apenas pelo fato de apresentarem os referidos sintomas comportamentais. Esse termo foi posteriormente mudado para Disfunção Cerebral Mínima por falta de evidências diretas e objetivas que pudessem constatar a presença de lesões cerebrais.

Em 1937, Charles Bradley acabou por fazer uma descoberta acidental: as anfetaminas (medicamentos estimulantes do sistema nervoso central) ajudavam crianças hiperativas a se concentrarem melhor. Ele observou que muitas crianças, especialmente aquelas que eram hiperativas e/ou impulsivas, com o uso de anfetaminas, apresentavam significativa redução em seus comportamentos tão ”perturbadores”. Foi uma descoberta contrária à lógica que acabou por levar ao surgimento do conceito de efeito paradoxal (efeito contrário ao esperado com uso de determinada medicação).

O termo hiperatividade infantil foi usado por Laufer em 1957 e por Stella Chess em 1960. Laufer acreditava que a síndrome seria uma patologia exclusiva de crianças do sexo masculino e teria sua remissão ao longo do crescimento natural do indivíduo.

Já Stella Chess isolou o sintoma da hiperatividade de qualquer noção de lesão cerebral. Chess encarava os sintomas como parte de uma ”hiperatividade fisiológica”, cujas causas estariam enraizadas mais na biologia (genética individual) do que no meio ambiente (como causador de lesão). Daí o termo ”Síndrome da Criança Hiperativa”.

Reação Hipercinética da Infância foi o termo usado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) ao publicar o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM-II), em 1968.

Os novos termos tiveram grande validade para as crianças que apresentavam hiperatividade como parte de seus sintomas. Muito embora, tendessem a ignorar o fato de que um grande número de crianças apresentasse déficits de atenção sem qualquer sinal de hiperatividade. Era evidente que mais pesquisas deveriam ser realizadas para responder a essas e outras questões.

Em 1973, o Dr. Ben Feingold apresentou à Associação Médica Americana vários estudos que estabeleciam uma ligação entre determinados alimentos *e* aditivos químicos e o comportamento e a habilidade de aprendizagem de certos indivíduos. Essa teoria ganhou a simpatia de uma grande parcela da população americana, mas não foi bem aceita pela comunidade médica dominante da época.

Ainda na década de 1970, o foco das pesquisas começou a mudar da hiperatividade para as questões atentivas. Isso ocorreu graças à teoria apresentada por Virgínia Douglas. Para ela, o déficit em manter a atenção poderia surgir sob condições em que não houvesse hiperatividade. Assim, Virgínia ampliou a percepção dessa síndrome comportamental dando destaque especial ao déficit de atenção, que era subvalorizado anteriormente.

Surge uma nova percepção em 1976. Nesse ano, Gabriel Weiss mostrou, através de estudos realizados a longo prazo, que quando as crianças atingem a adolescência, a hiperatividade pode diminuir, entretanto, os problemas de atenção e impulsividade tendem a persistir. O consenso anterior tratava a síndrome como

uma alteração exclusiva da infância e que, de alguma forma, ”desapareceria” na adolescência e na vida adulta.

Essa foi uma contribuição decisiva para que esse tipo de funcionamento cerebral fosse reconhecido na população adulta.

A forma adulta foi oficialmente reconhecida em 1980, com a publicação do DSM-III pela Associação Americana de Psiquiatria, que trouxe mudanças importantes em diversos aspectos: desvinculou a nomeação da síndrome de seus aspectos etiológicos (fatores causais) e deu destaque aos aspectos clínicos (sintomas); enfatizou a questão atentiva como sintoma nuclear da alteração; identificou a forma adulta, na época nomeada de ”tipo residual” e renomeou a síndrome de Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA).

Durante toda a década de 1980, centenas de estudos foram publicados sobre o assunto, fazendo do DDA, pelo menos nos Estados Unidos, a alteração comportamental infantil mais estudada.

Em 1994, a Associação Americana de Psiquiatria publicou o DSM-IV. Nessa atualização, a classificação do DDA era dividida em dois subtipos básicos e em uma combinação de ambos:

• Déficit de Atenção: DA, predominantemente desatento;
• Déficit de Atenção: DA/HI, predominantemente hiperativoimpulsivo;
• Déficit de Atenção: DA/C, em que sintomas desatentivos e de hiperatividade/impulsividade estão presentes no mesmo grau de intensidade.

Atualmente, o DSM-IV é um consenso quando se fala em diagnóstico de DDA. Isso ocorre por conta de três aspectos básicos oficializados e destacados nesta classificação:

1) os sinais e sintomas listados são os mesmos para crianças, adolescentes e adultos, com a adequada ressalva de serem menos intensos nas fases mais amadurecidas da vida dos indivíduos;

2) o reconhecimento do subtipo predominantemente desatento. Um fato que pode ajudar a reverter a situação de subdiagnóstico em relação às mulheres, já que entre elas predominam os sintomas de desatenção em detrimento dos sintomas de hiperatividade/impulsividade e

3) o destaque das dificuldades pessoais causadas pelos sintomas de DDA no contexto familiar, profissional-acadêmico ou social da vida de cada indivíduo.

Apesar de toda essa evolução ocorrida nos últimos anos no processo de identificação do funcionamento DDA, o panorama no Brasil ainda é um tanto desanimador. Neste exato momento, milhares de pessoas, entre crianças, adolescentes e adultos, passam por inúmeros desconfortos pessoais e/ ou sociais em função de seus problemas na área da atenção e do controle de seus impulsos e hiperatividade física e/ou mental. Às crianças são imputados rótulos pejorativos como ”pestinhas”, ”mal-educadas”, ”rebeldes”, ”agressivas”, ”sonhadoras”, ”cabeças-de-vento”, entre outros. Aos adultos também são atribuídos rótulos, não menos pejorativos, tais como: ”explosivos”, ”aéreos”, ”brigões”, ”egoístas”, entre outros.

Para fazer frente a essa situação só existe um caminho: o da informação. Através da informação ao grande público, pais e educadores, principalmente, poderão começar a reconhecer mais e mais esses sintomas no comportamento DDA de suas crianças e, quem sabe, em suas próprias vidas.

Quanto à comunidade médica, a informação também adquire papel fundamental, notadamente no reconhecimento da forma adulta da síndrome, uma vez que há muito pouca interação entre médicos psiquiatras e neurologistas, sejam eles especializados em adultos ou em crianças. Essa falta de intercâmbio de informações acaba por não permitir a construção de uma história linear que possa criar um raciocínio construtivo para a identificação do comportamento DDA.

É chegada a hora de os profissionais de saúde entenderem, de uma vez por todas, que o objetivo final de seu trabalho é o bem-estar do ser humano que, por vício profissional, costuma-se chamar de paciente. Psiquiatras, neurologistas, psicólogos, psicanalistas, fonoaudiólogos e pediatras precisam ter em mente que conhecimentos, e principalmente a troca amigável deles, obedecem a uma equação somatória e não de divisão de poder. Ter o poder de acertar um diagnóstico é algo infinitamente mesquinho quando comparado ao poder de ajudar um ser humano a viver com a dignidade de uma existência menos desconfortável e angustiante. Esse talvez seja o maior legado que o tempo poderá trazer aos DDAs. Afinal, essa breve história merece um final feliz.

Que venha esse novo tempo, em que a intercomunicação do conhecimento não seja só ”global-virtual”, mas sim real e cotidiana.

Quando nasci veio um anjo safado.
O chato dum querubim. E decretou que eu tava predestinado.
A ser errado assim.
Já de saída a minha estrada entortou.
Mas vou até o fim.

Capítulo 13 - A ORIGEM DA QUESTÃO

a ciência finalmente no rumo certo do entendimento de um cérebro DDA...

O Distúrbio do Déficit de Atenção deriva de um funcionamento alterado no sistema neurobiológico cerebral, isto significa que substâncias químicas produzidas pelo cérebro, chamadas neurotransmissores, apresentam-se alteradas quantitativa e/ou qualitativamente no interior dos sistemas cerebrais que são responsáveis pelas funções da atenção, impulsividade e atividade física e mental no comportamento humano. Trata-se de uma disfunção e não de uma lesão como anteriormente se pensava. O cérebro de um DDA, em forma e aparência, em nada difere dos demais cérebros, que não apresentam um funcionamento DDA; a diferença está no íntimo dos circuitos cerebrais que são movidos e organizados pelos neurotransmissores que, em última instância, seriam os combustíveis que alimentam, modulam e fazem funcionar todas as funções cerebrais. Assim, os neurotransmissores seriam a gasolina dos carros, as quedas-d'água que geram a energia das grandes hidrelétricas ou mesmo a energia atômica das usinas nucleares.

A compreensão do componente neurobiológico no funcionamento do Distúrbio do Déficit de Atenção foi revolucionário para o tratamento desse distúrbio, uma vez que mudou a forma de pensar sobre toda a problemática vital que seus portadores vivenciam. Essa nova visão tornou-se unanimidade na comunidade médica na década de 1990 e foi o pilar gerador da eficiência que os tratamentos medicamentosos alcançaram na melhoria da qualidade de vida dos DDA. É claro que um longo caminho de pesquisas ainda deve ser percorrido, tendo em vista que o mecanismo exato que rege o comportamento DDA ainda não é totalmente compreendido. Tem-se a ponta do *iceberg* e isto se deve à enorme complexidade dos sistemas cerebrais, em especial, o sistema atentivo, que é o principal responsável pelo estado de consciência humana. A existência traduz-se na capacidade do ser humano de atentar para si mesmo (como indivíduo único) e para todo o mundo ao seu redor. E, na verdade, esta é a essência da vida humana — relacionar-se consigo mesmo e com os outros, sem perder a individualidade e, simultaneamente, contribuir com o todo universal.

Os passos no sentido de definir a anatomia e a bioquímica dos cérebros DDAs foram de gigante, em termos científicos, pois cada um deles forneceu a certeza de que esse distúrbio não é uma simples incapacidade moral para se comportar, ou para se interessar pelo mundo ao seu redor, ou ainda, uma falta de vontade de acertar-se profissional, afetiva ou socialmente. Isso tira da fronteira da "marginalidade social" (daqueles que estão à margem da sociedade) milhares de pessoas que, se pudessem ser tratadas, orientadas e organizadas poderiam estar desempenhando suas potencialidades ou mesmo seus talentos especiais, contribuindo, assim, para uma sociedade mais aprazível de se viver.

"No longo caminho entre a arrumação genética e a entrada na escola, milhares de fatores podem ocorrer de errado no cérebro de um indivíduo" (Arnold, 1995). Tal afirmação traduz bem a longa história da ciência, rumo ao entendimento de como funciona um cérebro DDA e seus muitos fatores causais. Onde essa história se iniciou, não se sabe dizer; no entanto, a mudança no "foco" dessa

questão possibilitou retirar o DDA da esfera moralista e punitiva e levá-lo para uma esfera científica e passível de tratamento. E isso é o que realmente importa.

Os diversos fatores causais que estão envolvidos no funcionamento do cérebro DDA são:

FATORES GENÉTICOS

Todos os estudos científicos indicam que fatores genéticos desempenham importante papel na gênese do Distúrbio do Déficit de Atenção. Isso é constatado por estudos epidemiológicos que mostraram uma maior incidência da síndrome entre parentes de crianças com DDA em comparação com parentes de crianças não-DDA. Se bem que, até o momento, não se dispõe de mecanismos que possam determinar a probabilidade estatística exata de adultos com DDA terem filhos com este mesmo funcionamento mental. Deve-se, nesse caso, afirmar que a síndrome possui um caráter hereditário, sem um grau de probabilidade determinado.

Estudos realizados em gêmeos idênticos, ou seja, que possuem o mesmo material genético, apresentaram concordância na faixa de 50%. Isso nos faz raciocinar que o fator hereditário (genético) é importante, mas não o único na manifestação do comportamento DDA, pois, se assim fosse, a concordância entre gêmeos idênticos deveria ser de 100%.

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS NO DDA

Os indícios mais fortes de que o Distúrbio do Déficit de Atenção apresenta uma alteração na estrutura cerebral de seus portadores vêm dos inúmeros estudos realizados por meio de exames de neuroimagem. Essa categoria de exames visa a obter imagens que mostrem o funcionamento do cérebro e não só sua imagem estática. Dentre esses exames, o que melhor evidencia a atividade funcional das diversas partes do cérebro é o PET ou SPECT: ambos referem-se a tomografias realizadas por emissão de pósitrons, que podem visualizar tanto a estrutura, como a atividade das regiões cerebrais, em determinado momento.

As conclusões desses estudos foram unânimes em descrever uma hipoperfusão cerebral localizada mais significativamente na região pré-frontal e pré-motora do cérebro. Essa hipoperfusão significa que a região frontal, nas pessoas com DDA, recebe um menor aporte sangüíneo do que deveria e, como conseqüência, há uma diminuição do metabolismo nesta região, que, ao receber menos glicose (oriunda do sangue), terá menos energia e funcionará com seu desempenho reduzido. Se nos lembrarmos de que o lobo frontal é o principal responsável pela ação reguladora do comportamento do ser humano, podemos avaliar que o seu hipofuncionamento está diretamente ligado às alterações funcionais apresentadas no Distúrbio do Déficit de Atenção. A forma como o lobo frontal regula o comportamento, ocorre pelo exercício das seguintes funções: fazer manutenção dos impulsos sob controle; planejar ações futuras; regular o estado de vigília; ”filtrar” estímulos irrelevantes, que são responsáveis por nossa distração; acionar as reações de luta e fuga; estabelecer conexão direta com o sistema límbico (centro das emoções), com o centro da fome e da sede; regular a

sexualidade, o grau de disposição física e mental e muitos outros impulsos de aspecto fisiológico.

Em última análise, conclui-se que a ação reguladora do comportamento humano é feita pelo lobo frontal, que exerce uma série de funções de caráter inibitório, cabendo a ele puxar o freio de mão do cérebro humano no que diz respeito aos seus pensamentos, impulso e velocidade de suas atividades físicas e mentais. E é justamente isso que falha no cérebro do DDA, seu filtro ou freio perde eficácia reguladora por receber menos glicose, sua fonte maior de energia, em função da já citada hipoperfusão sangüínea da região frontal. Sem ”freio”, o cérebro DDA terá uma atividade muito mais intensa, será bombardeado por uma tempestade de pensamentos e impulsos numa velocidade muito acima da média. Isso irá ocasionar uma grande desorganização interna que, muitas vezes, encobrirá potencialidades, aptidões, talentos e muita inteligência, num grande emaranhado mental.

Foi visto até aqui que a sede estrutural do Distúrbio do Déficit de Atenção está localizada no lobo frontal; no entanto, não se pode esquecer que não existe um compartimento estanque na organização cerebral, todas as regiões interligam-se, formando uma grande rede de informações que constitui a base do comportamento humano. Essas informações são passadas de neurônio a neurônio, de regiões a regiões, pelos neurotransmissores que irão determinar a ativação ou a inibição destas, modulando, assim o agir dos indivíduos.

No caso específico do Distúrbio do Déficit de Atenção, os neurotransmissores mais participativos, nesse processo de desregulagem no funcionamento do lobo frontal, seriam as catecolaminas, que incluem a noradrenalina e a dopamina. Em 1970, C. Kornetsky descreveu sua hipótese das catecolaminas na tentativa de explicar os sintomas da síndrome DDA. Sua hipótese foi postulada a partir da observação clínica de que estimulantes como a Ritalina e algumas anfetaminas produziam grande efeito terapêutico em portadores de DDA. Partindo do conhecimento científico de que esses estimulantes afetam diretamente os sistemas dos neurotransmissores noradrenalina e dopamina, aumentando a quantidade destes, Kornetsky passou a acreditar que o funcionamento DDA seria, talvez, conseqüência de uma baixa produção ou uma subutilização desses neurotransmissores. Essa hipótese continua sendo bastante defendida nos dias atuais, mesmo que muitos estudos recentes apontem para a participação de outros neurotransmissores no funcionamento bioquímico do cérebro DDA. A serotonina, estrela na bioquímica da Depressão, parece ter seu papel de coadjuvante nessa dança tão complexa que ocorre nos cérebros de pessoas com DDA. Só o tempo poderá nos dizer, com suas verdades inevitáveis, o papel de cada neurotransmissor nessa orquestra DDA; entretanto, os ”sinais” de que se dispõe hoje, dão a certeza de que os sistemas neuroquímicos (da química cerebral) encontram-se alterados nas pessoas com DDA, e nisto reside a origem do problema.

FATORES AMBIENTAIS (EXTERNOS)

Além da hipótese genética, a ocorrência do DDA está muitas vezes correlacionada a complicações durante a gravidez e no parto, inclusive com relatos

de traumatismos neonatais (Bastos e Bueno, 1999). Nesse aspecto, as alterações encontradas nos sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos e outros eventuais neurotransmissores não seriam provocadas por registros individuais herdados de seus antepassados (origem genética), e sim por acidentes ocorridos durante o período gestacional ou posterior a este. Como exemplo dessa situação, podem-se citar: hipóxia (privação de oxigenação suficiente) pré e pós-natal, traumas obstétricos, rubéola intra-uterina e outras infecções, encefalite e meningite pós-natal, traumatismo cranioencefálico (TCE), deficiência nutricional e exposição a toxinas.

Corroborando-se a influência desses fatores externos no surgimento do comportamento DDA, encontram-se inúmeros trabalhos que estabelecem uma correlação bastante significativa entre crianças que têm peso corporal muito baixo ao nascerem e uma probabilidade maior de apresentarem na idade adulta dificuldades atentivas e comportamentais bem marcadas.

VISÃO MULTIFATORIAL

Como se pôde observar, o conhecimento sobre a origem da síndrome DDA ainda é limitado; por essa razão, deve-se ter a humildade de saber que a chave que abre o funcionamento DDA — e que talvez não seja a única — seria como uma ferramenta *capaz* de abrir várias portas e deixar passar conteúdos distintos que, ”misturados”, em proporções individualizadas, permitiriam a formação das diversas estruturas DDAs.

Essa visão parece-nos apropriada, uma vez que nenhuma hipótese sobre a origem do funcionamento DDA mostrou-se, por si só, capaz de explicar todos os casos de DDA. Destaca-se ainda o fato de que o estresse provocado por ambientes desestruturados, ou mesmo o aumento de demandas no desempenho pessoal ou social, podem exacerbar em grande escala os sintomas do DDA, bem como fatores estressantes somados podem alterar a bioquímica de um cérebro geneticamente predisposto e levá-lo a manifestar, tanto em caráter qualitativo como quantitativo, a tríade de sintomas a um tal nível que o indivíduo passaria a apresentar o Distúrbio do Déficit de Atenção de fato, passando a viver com a influência cotidiana desse funcionamento. Essa visão abre a possibilidade de se identificar e, conseqüentemente, ajudar pessoas com sintomas DDA sem história genética, bem como prestar orientação àquelas que possuem carga genética, mas que podem não desenvolver a síndrome em função de viverem em um ambiente bem estruturado. com isso se pode compreender que a genética não se trata de uma fatalidade, mas sim de uma probabilidade, de fato, das mais importantes. No entanto, sua manifestação sofre influências externas que poderão contribuir para que esta seja favorável ou desfavorável à vida do indivíduo. Essa compreensão significa uma mudança radical em relação à manifestação genética da neurobiologia humana. Tudo indica que a bioquímica cerebral possui uma espécie de plasticidade que a torna passível de mudanças a cada momento vital. Assim sendo, a biologia cerebral que se possui ao nascer (com fortíssima carga genética), pode sofrer alterações de intensidades variadas em resposta ao ambiente externo. Ou seja, acontecimentos vitais, como traumas físicos ou

psicológicos muito dolorosos, podem deixar ”cicatrizes” no corpo, na alma e também na estrutura funcional da massa cerebral.

Capítulo 14 - DIAGNÓSTICO DO DDA

a sabedoria em direcionar sua forma de ser perante as inúmeras obrigações impostas pela vida...

Estabelecer critérios para a identificação de uma pessoa DDA sempre foi um grande desafio enfrentado pela Psiquiatria e a Psicologia. Na realidade, isso ocorre em quase todos os distúrbios psiquiátricos, uma vez que não se dispõe, até o momento, de um teste ou exame específico que por si só identifique o DDA, nem distúrbios incapacitantes como a Esquizofrenia e o Autismo. Na era *high-tech* da Medicina Nuclear, dos exames computadorizados, dos transplantes e das terapias genéticas, as ciências que estudam o cérebro e o comportamento humano ainda têm como maior e melhor ferramenta a velha e boa anamnese, que consiste em uma conversa detalhada sobre toda a história de vida de um indivíduo, desde sua gestação até os dias atuais. Surge aí a primeira grande dificuldade em se fazer o diagnóstico de DDA em adultos, já que, muitas vezes, não é possível colher dados com seus pais ou com seus cuidadores infantis; resta, apenas, o seu próprio relato que, obviamente, será deficiente em vários registros importantes.

Levando-se em consideração que o Distúrbio do Déficit de Atenção, a nosso ver, é muito mais um tipo de funcionamento cerebral diferente do que propriamente um distúrbio em si, depara-se com uma problemática bastante pertinente e, ao mesmo tempo, desafiadora, que é a delimitação da fronteira diagnóstica entre o dito normal e o dito DDA. Que criatura neste mundo não se viu envolta em atos desatentos, impulsivos ou mesmo hiperativos? Com certeza o mundo não é DDA! As diferenças são sutis tais quais variações que se encontram nos diversos tons de uma mesma cor ou mesmo na intensidade da luz na transição do final da tarde e início da noite. Mas uma coisa é certa: o funcionamento mental DDA existe e suas sutis diferenças são, muitas vezes, responsáveis por seus grandes talentos e/ou por suas grandes limitações na vida cotidiana.

A partir dos detalhes descritos acima, costuma-se afirmar que o melhor critério para se diagnosticar o DDA é a própria história pessoal vista pelos mais diversos ângulos de sua existência: escolar/profissional, familiar, social e afetiva. A visão global é que nos dará oportunidade de criar, de maneira empírica, porém bastante adequada, o critério para estabelecer-se a necessidade de tratamento para essa alteração. Um DDA, na realidade, precisa muito mais de um ajuste no seu comportamento do que, na verdade, um tratamento, e o que determina sua necessidade é o desconforto sofrido por ele na sua vivência diária. Em outras palavras, se um DDA vem sofrendo com seus esquecimentos, desorganizações, impulsos ou com sua agitação física e mental, deve procurar ajuda, visando a estabelecer um equilíbrio entre sua forma de ser e as obrigações e encargos impostos por sua vida, principalmente na fase adulta.

Podem-se estabelecer assim algumas etapas fundamentais no processo de diagnóstico do Distúrbio do Déficit de Atenção:

1a Etapa: Procurar um médico especializado no assunto para que você possa expor suas idéias sobre a possibilidade de possuir esse tipo de funcionamento comportamental.

2a Etapa: Relacionar para ele suas dificuldades e desconfortos nas áreas profissional/escolar, afetivo-familiar e social, citando exemplos situacionais claros.

3a Etapa: Verificar se esses problemas o acompanham, desde a infância,

4a Etapa: Certificar-se de que suas alterações se apresentam em um grau (intensidade) significativamente maior, quando comparado a outras pessoas de seu convívio, que se encontram na mesma faixa etária e em condições socioculturais semelhantes.

5a Etapa: Eliminar a presença de qualquer outra situação médica ou nãomédica que seja capaz de explicar as alterações apresentadas no seu comportamento, bem como os transtornos que elas lhe causam no dia-a-dia.

Como fazer o diagnóstico do DDA

Para se realizar o diagnóstico do Distúrbio do Déficit de Atenção em adultos, é fundamental e imprescindível detectar as alterações primárias na história infantil do indivíduo, uma vez que não é possível que uma pessoa passe a ter DDA na fase adulta da vida. Por essa razão, existe atualmente uma postura de consenso na comunidade médica em se adotar o sistema americano de diagnóstico conhecido pela sigla DSM-IV *(Diagnostic and Statistícal Manual of Mental Disorders)* da Associação Americana de Psiquiatria, em função de esta permitir o diagnóstico do DDA para adolescentes e adultos, mesmo que estes já não preencham os critérios infantis com a mesma forma ou intensidade ocorridas na fase inicial de suas vidas.

Para essa situação, o DSM-IV usa o termo, bastante apropriado, de remissão parcial. Assim, os sinais e sintomas listados nessa classificação são os mesmos para crianças, adolescentes e adultos, com a pertinente ressalva de que o ”colorido” (intensidade), encontrado na infância, apresenta-se menos marcante nas fases mais adiantadas e amadurecidas da vida desses indivíduos.

Esse aspecto de esmaecimento dos sintomas DDA, com o passar do tempo, dá-nos a possibilidade de considerar que o distúrbio, como é chamado hoje, refere-se muito mais a um funcionamento cerebral/mental alterado e diferenciado do indivíduo do que propriamente a uma alteração patológica preestabelecida, uma vez que a evolução do DDA segue o mesmo rumo dos indivíduos ditos normais, que, do mesmo modo e com o passar do tempo, desenvolvem um controle mais apurado de seus impulsos, de sua atenção e de suas atividades motoras e psíquicas. A classificação americana traz ainda outro aspecto bastante elucidativo para a compreensão e o diagnóstico do DDA, isto porque destaca o aspecto nuclear desta alteração que dá nome à mesma: a desatenção, ou melhor, a instabilidade atentiva. Isso ocorreu pela denominação dos subtipos criados nesta classificação. São eles:

• Tipo Combinado: ocorre quando seis (ou mais) sintomas de desatenção estão presentes com seis (ou mais) sintomas de hiperatividade e impulsividade por um período mínimo de seis meses. A maioria das crianças e adolescentes enquadra-se nessa categoria.

• Tipo Predominantemente Desatento: nesse caso temos seis (ou mais) sintomas de desatenção com ausência ou pequena presença (menos de seis) dos sintomas de hiperatividade e impulsividade há pelo menos seis meses.

• Tipo Predominantemente Hiperativo-impulsivo: ocorre quando seis (ou mais) sintomas de hiperatividade e impulsividade estão presentes entre os sintomas de desatenção menos observáveis, nos últimos seis meses.

Como a subclassificação é feita com base em uma fase da vida de um indivíduo (no caso os últimos seis meses), nada impede que uma mesma pessoa seja enquadrada em mais de um subtipo em determinado momento de sua vida. Isso tem importância por levar em conta que fases estressantes na vida de um DDA podem levá-lo a exacerbar certos sintomas, em detrimento de outros. Tal fato pode, também, ser decisivo no ajuste da terapia medicamentosa e na orientação psicoterápica em um determinado momento atípico na vida de uma pessoa DDA.

Deve-se destacar ainda que o reconhecimento do subtipo predominantemente desatento veio ajudar na realização do diagnóstico de DDA em mulheres que tenham a síndrome subdiagnosticada em função de apresentarem, predominantemente, sintomas desatentivos, em detrimento dos sintomas de hiperatividade e impulsividade. Esse aspecto está exposto com mais detalhes no capítulo que foi dedicado às mulheres com comportamento DDA.

O DSM-IV traz à tona ainda um aspecto individual para os portadores de DDA que, em quase 100% dos casos, torna-se o motivo pelo qual o indivíduo procura ajuda especializada. Esse aspecto seria a presença de prejuízos e conseqüentes transtornos causados pelos sintomas DDA em, pelo menos, duas áreas ou contextos vitais de um indivíduo: familiar, profissional-escolar ou social.

A seguir tem-se uma tabela com os critérios diagnósticos para DDA do DSM-IV em sua íntegra:

Critérios Diagnósticos para Transtornos de Déficit de Atenção / Hiperatividade

A. Ou (1) ou (2)

(1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de *desatenção* persistiram por pelo menos seis meses em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:
(a) Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras.
(b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
(c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
(d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
(e) com freqüência tem dificuldades para organizar tarefas e atividades
(f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a se envolver em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
(g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)

(h) É facilmente distraído por estímulos alheios a tarefa
(i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **hiperatividade** persistiram por pelo menos seis meses em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento

Hiperatividade
(a) Freqüentemente agita as mãos ou os pés e se remexe na cadeira
(b) Freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
(c) Freqüentemente corre em demasia, em situações nas quais isto e é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
(d) Freqüentemente tem dificuldades para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
(e) Está freqüentemente ”a mil” ou muitas vezes age como se estivesse ’a todo vapor”
(f) Freqüentemente fala em demasia.

Impulsividade:
(g) Freqüentemente dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completadas.
(h) Com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez.
(i) Freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo: intromete-se em conversas ou brincadeiras).

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos sete anos de idade.

C. Algum prejuízo pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo: na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem durante o curso de um Transtorno Invasivo de Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhores explicados por outro transtorno mental (por exemplo: Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade).

Tipos

Tipo Combinado: se tanto critério A1 quanto critério A2 são satisfeitos durante os últimos seis meses.

Tipo Predominantemente Desatento: se o critério A1 é satisfeito, mas o critério A2 não é satisfeito durante os últimos seis meses.

Tipo Predominantemente Hiperativo-impulsivo: se o critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito durante os últimos seis meses.

Testes psicológicos também podem ser instrumentos úteis para auxiliar o processo diagnóstico do DDA. Para crianças, um dos mais aceitos e largamente utilizados é o WISC *(Wechsler Intelligence Sca/e for Children),* teste de inteligência e execução, composto de subescalas para habilidades verbais, espaciais, de atenção, entre outras. O WAIS *(Wechs/er Aduít Intelligence Scale) é* um teste de características semelhantes, desenvolvido para a população adulta. Os resultados de tais subescalas, quando apresentam determinadas discrepâncias, podem fornecer indicativos para o diagnóstico do DDA. Existem ainda vários outros testes e escalas, e as vantagens da aplicação de um ou de outro podem ser avaliadas pelo médico, psicólogo ou outro profissional habilitado.

É importante lembrar que tais testes podem apresentar falsos negativos ou falsos positivos. Algumas variáveis podem influenciar a disposição do examinando no momento de sua aplicação. Por exemplo, a novidade e a excitação de estar sendo submetido a um teste, aliado ao fato de ser freqüentemente uma situação de um-para-um (examinador e examinado), podem levar o examinado a hiperfocar e, assim, elevar os prováveis escores que normalmente apresentaria nas subescalas de atenção. Falsos positivos podem ocorrer se, no momento da aplicação, o examinando estiver ansioso, estressado ou apresentando algum transtorno.

Dessa forma, os testes devem ser aplicados juntamente com outras formas de avaliação e diagnóstico. Eles fornecem informações valiosas e complementares que podem ser bastante úteis, embora não possam ser usados como ferramentas centrais para o diagnóstico.

Viver.
e não ter a vergonha de ser feliz.
Cantar e cantar e cantar. A beleza de ser um eterno aprendiz.
Eu sei que a vida devia ser bem melhor.
E será.
Mas isso não impede que eu repita. É bonita, é bonita e é bonita
'O que é o que é" (Gonzaguinha)

CAPÍTULO 15 - EM BUSCA DO CONFORTO VITAL — TRATAMENTO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO

a importância da individualidade e do conforto social...

Em Psiquiatria, muito mais do que nas outras especialidades médicas, as discussões sobre os conceitos de causa, doença, saúde, cura e tratamento sempre provocaram grandes confrontos de posições que ultrapassaram os limites da ”ciência médica” e enveredaram por campos diversos como o da filosofia, da política e até da religião. Fato completamente justificado por se tratar de uma especialidade que não lida apenas com células, tecidos, genes, órgãos e enzimas, mas também com a enigmática e complexa mente humana. Os avanços nos estudos do cérebro humano têm sido fantásticos nos últimos anos, no entanto as conseqüências na prática psiquiátrica em si chegam a ser decepcionantes em vários aspectos.

Talvez isso venha ocorrendo, porque a divulgação dessa avalanche de novos dados sobre o funcionamento cerebral tenha sido feita de modo a equiparar esse cérebro com o funcionamento da mente humana. Obviamente, trata-se de um tipo de instrumento que deve ser utilizado da melhor maneira possível, mas sem perder de vista a subjetividade comportamental que faz com que a manifestação de uma determinada disfunção cerebral seja diferente em cada pessoa devido aos fatores ambientais em que ela se insere e ao arcabouço e desenvolvimento psicológico que tenha alcançado, fazendo com que a evolução, o tratamento e até mesmo a consideração da manifestação como doença sejam bem diferentes em cada caso.

A estrutura mental tem a capacidade de pensamento, de abstração, de criação, de comunicação sofisticada, de emoção elaborada e de toda uma série de características que tornam o ser humano realmente diferente dos demais seres vivos e ainda ocupe o ”topo da hierarquia na Terra”. É claro que tais capacidades podem ser utilizadas tanto para o bem quanto para o mal, pois assim como o homem tem o poder de construir coisas maravilhosas, também possui o maior potencial destruidor entre todos os animais, e, infelizmente, isso tem sido provado dia a dia.

Assim a Psiquiatria tem a tarefa, ao mesmo tempo nobre e desafiadora, de cuidar deste ”milagre” em ação, que é a mente humana. Seu funcionamento é único e, na prática psiquiátrica, observa-se claramente a singularidade de cada pessoa que, mesmo apresentando distúrbios e sintomatologias semelhantes, podem demandar estratégias de cuidados bem distintas.

Toda essa explicação é para que fique mais clara a noção da necessidade de o tratamento tornar-se algo que deve ser analisado sob duas grandes vertentes: a do desconforto individual e a do desconforto social, que uma determinada manifestação possa causar à pessoa ou ao ambiente social no qual está inserida, respectivamente.

No caso do Distúrbio do Déficit de Atenção, esta é uma noção bastante interessante a ser considerada, pois se trata de uma descrição clínica relativamente recente que teve demora em ser estabelecida, justamente por ter algumas características que, por vezes, podem tornar-se positivas em alguns aspectos, apesar de em outros poder causar grandes prejuízos na vida das

pessoas que apresentam esse funcionamento mental. Assim, uma característica pode ser considerada patológica ou não, dependendo da circunstância em que ocorre ou ainda do meio sociocultural no qual está inserida, podendo resultar em uma atitude adequada ou não. Mas, quando ocorre realmente uma inadaptação, muito sofrimento pode ser evitado, caso seja feito o diagnóstico e instituído um tratamento assertivo.

Ao nosso ver, o critério de tratamento do Distúrbio do Déficit de Atenção deve basear-se na dialética CONFORTO X DESCONFORTO. Assim sendo, os próprios indivíduos DDAs devem avaliar se sua forma de viver, pensar ou agir está lhes proporcionando uma existência confortável ou não,

No caso dos adultos, a auto-avaliação torna-se mais fácil por meio da própria observação advinda das sucessivas frustrações e ou limitações nos principais setores vitais: social, afetivo-familiar e profissional. Quando se depara com crianças e adolescentes DDAs tem-se que contar com a valiosa ajuda dos pais e/ou cuidadores na descrição de comportamentos que sinalizam grande inadaptação e sofrimento por parte desses pequenos e inquietos seres. Não se pode esquecer que todo sofrimento tem sua expressão consciente ou não. Não ter consciência de estar sofrendo não minimiza em nada o sofrimento e as conseqüências advindas desta maneira de viver.

Por tudo que foi dito, costumamos dividir o tratamento do Distúrbio do Déficit de Atenção em quatro grandes etapas: informação, conhecimento e apoio técnico, medicamentosa e psicoterapêutica.

A seguir cada uma delas será vista individualmente. É importante salientar que muitos autores incluem o diagnóstico como etapa do tratamento do DDA. Isso é bastante compreensível, uma vez que nesses casos o diagnóstico quase sempre vem acompanhado de um caráter libertário que, por si só, produz efeitos terapêuticos. Afinal, saber que existe uma explicação científica para tantos equívocos, frustrações e até humilhações é, no mínimo, acalentador para uma auto-estima já tão abalada. E mais ainda, tomar consciência que esse comportamento pode ser ”regulado”, tal qual um sofisticado motor na direção de seu melhor rendimento, faz criar na alma DDA o mais potente dos combustíveis humanos: a esperança que ressuscita nesses impulsivos criadores a capacidade de acalentar sonhos possíveis.

INFORMAÇÃO/CONHECIMENTO:

”Saber é poder.” O velho *e* sentencioso ditado nunca esteve tão atual como nos tempos globalizados. Afinal, só é possível optar por uma ajuda adequada através do saber advindo do conhecimento adquirido.

Quanto mais informação e conhecimento tiver sobre o Distúrbio do Déficit de Atenção, mais capacitado você estará para compreender toda a sua história de vida e para contribuir efetivamente na elaboração de um tratamento que lhe seja mais eficaz e confortável. Lembre-se de que nenhum tratamento eficiente pode nascer de posturas passivas. É preciso se informar, estudar, debater, trocar idéias, experiências, conhecer sobre remédios, terapias, alimentação, esportes e tudo mais que possa contribuir para a melhora e a auto-superação.

Por isso mesmo, na hora de escolher um médico ou um terapeuta certifique-se de que possuem profundo conhecimento sobre DDA, o que tornará o diálogo mais fácil e franco. Mais que profissionais de saúde, elas estarão ao seu lado no árduo trabalho de construção e reconstrução de sua vida. Tente imaginar que ambos fazem parte de uma grande equipe de Fórmula Um que tem como objetivo primordial conseguir que o carro da escuderia (no caso você) apresente nas pistas (no caso em sua vida) o seu melhor desempenho. Sua mente pode ter um imenso potencial, mas se não for bem ”regulada” pode apresentar resultados muito aquém do esperado. Isso acabará por trazer frustrações na bagagem de sua experiência vital.

Mais do que enriquecimento cultural, a informação sobre o funcionamento DDA trará conhecimento que o auxiliará na compreensão de como esta síndrome afeta sua vida e a de todos que se encontram a seu redor. Nesse aspecto, estender a informação e o conhecimento aos familiares, amigos, professores, colegas de trabalho e parceiros afetivos só irá contribuir de maneira positiva, uma vez que a convivência, a partir de então, será muito menos desgastante e, com certeza, mais compreensiva e produtiva.

APOIO TÉCNICO:

Apoio técnico pode, em princípio, causar uma impressão errônea de algo burocrático e complicado que fará de sua vida uma grande tormenta. Mas ao contrário do que possa parecer, o ”apoio técnico” nada mais é do que um conjunto de pequenas medidas e atitudes que acabam por criar para o DDA uma estrutura externa capaz de facilitar em muito o seu cotidiano.

Dessa maneira, o apoio técnico consiste em criar-se uma rotina pessoal que facilite a vida prática de um DDA e que seja capaz de compensar em parte a sua desorganização interna. Uma rotina que deve conter aspectos essenciais tais como: estabelecer horários regulares de maior produtividade, de repouso, de atividades físicas, de refeições; organizar cronogramas em relação às suas obrigações, projetos e lazer; criar o hábito de ter uma agenda em que você anote de véspera o seu dia seguinte e reconfira tudo pela manhã antes de iniciar seu dia; ter sempre à mão pequenos blocos e canetas para pequenos lembretes, anotações e listas.

No início, você poderá ter um pouco de dificuldade em seguir uma rotina, mas, em pouco tempo, se tornará um hábito que lhe dará conforto e segurança e, principalmente, impedirá que você se perca em devaneios, ações sem objetivo ou gire ”em torno do seu próprio eixo” sem sair do mesmo lugar.

Além de diminuir bastante a ansiedade e a sensação de incapacidade de DDA, uma rotina bem organizada tem ainda a possibilidade de fazer com que talentos sejam desenvolvidos, aperfeiçoados e expressados de forma concreta.

Se você não se sentir capaz de organizar seu apoio técnico sozinho, peça a ajuda das pessoas que convivem com você. Elas poderão fornecer-lhe informações sobre seu funcionamento com mais precisão e pertinência do que você imagina. Recorra também ao seu terapeuta. Apesar de a terapia ter o objetivo principal de construir uma organização interna, como se verá adiante, muitas

vezes, é mais fácil e oportuno começar pela estruturação externa para atingir-se aquele fim.

MEDICAMENTOSA:

Falar sobre uma terapêutica medicamentosa sempre causa polêmica, principalmente se a medicação tem a função de alterar de alguma maneira as funções cerebrais. Durante muitos anos, a sociedade em geral dividia-se em dois grandes blocos em relação a esse assunto. De um lado, as pessoas contrárias ao uso de remédios e, de outro, aquelas que reconheciam a necessidade e a eficácia que o uso de medicamentos podia trazer a certas pessoas. Por mais curioso que possa parecer, as pessoas ditas contrárias ao uso de medicação costumavam auto-intitularem-se ”naturalistas”. Afirmavam que só se deveriam usar remédios ”naturais”. Pois bem, durante todo esse tempo, temos nos questionado sobre o que essas pessoas chamam de natural. Afinal, natural é tudo que vem da natureza, sendo assim, veneno de cobra é natural, bem como os raios solares, no entanto, ambos podem matar em determinadas circunstâncias, como podem salvar vidas em outras. Será que a polêmica em torno de natural e não-natural não seria sobre industrializado e não-industrializado? A nosso ver a polêmica persiste por pura falta de informação de alguns segmentos da sociedade que sentem-se com autoridade para falar sobre o que desconhecem. Será que existe autoridade maior que aquela que visa aliviar o sofrimento humano em qualquer uma de suas expressões (físicas, mentais, materiais, sociais etc.)? Admitimos que o processo de industrialização teve e tem suas distorções e efeitos maléficos para a sociedade, mas ignorá-lo sob seu aspecto positivo é ser radicalmente insensato. Pois foi através do processo de industrialização de vacinas que foram erradicadas inúmeras doenças que tanto afligiram a humanidade.

Não nos estenderemos mais, uma vez que não é objeto deste livro; no entanto, sentimo-nos na obrigação de destacá-lo, pois, freqüentemente, crenças e conceitos falsos impedem, até hoje, que milhares de pessoas experimentem uma existência mais confortável.

Não se deve esquecer que o sofrimento humano não segue correntes filosóficas ou científicas, apenas busca uma saída que contribua para o seu alívio. Assim, os esforços nesse sentido devem ter caráter somatório, ou seja, reunir todas as condutas terapêuticas, visando ao bem-estar de cada indivíduo, como o único e primordial objetivo do processo a que se chama tratamento.

Sob esse enfoque, o uso de medicamentos no Distúrbio do Déficit de Atenção pode e deve ser visto como uma ferramenta a mais na busca de uma melhor qualidade de vida. Tal qual o motor de um automóvel que tem seu desempenho melhorado pelo uso de um bom óleo lubrificante que diminui o ”atrito” de suas peças, o cérebro DDA pode ter seu funcionamento facilitado por meio da medicação, contribuindo para que o indivíduo DDA viva de maneira menos desgastante.

O uso de medicamentos no DDA costuma produzir resultados eficazes na grande maioria dos casos, contribuindo para uma mudança radical na vida dessas pessoas. Para que isso ocorra é fundamental que se definam os sintomas causadores de maior desconforto, em cada caso ou situação, da forma mais

objetiva possível. Isso acontece pelo fato de o DDA ser uma síndrome que pode se apresentar de maneiras diversas, como já foi visto, e ter uma série de comorbidades que podem acoplar-se ao seu funcionamento basal.

Definir o que se deseja melhorar no comportamento vital de um DDA é essencial na escolha mais adequada de um medicamento. Por isso, o médico deve contar com a participação ativa do paciente ou de seus cuidadores (em caso de crianças) para atingir seu objetivo final.

Consideramos basicamente três categorias de medicamentos que podem ser usadas no tratamento do DDA: os estimulantes, os antidepressivos e os acessórios. Muitas vezes, é necessária uma combinação para se produzir um efeito adequado. As medicações são as mesmas para adultos e crianças, a diferença encontra-se na dose utilizada e na combinação adequada para cada caso. A busca da medicação ou combinação medicamentosa eficaz, bem como sua dosagem ideal, podem levar algum tempo para serem estabelecidas, uma vez que não há uma receita-padrão que se aplique para todos os casos, como ocorre em determinadas situações médicas em que medicações e dosagens são preestabelecidas. Um bom exemplo é o do uso de antibióticos, em que até o tempo de aplicação da medicação é preconcebido pelos receituários médicos. No tratamento do DDA, cada caso deve ser visto de forma individual. É importante ter paciência nesse processo de busca de um esquema medicamentoso eficaz, já que em 80% dos casos ele é estabelecido e pode ajudar a pessoa a concentrar-se melhor, a reduzir sua ansiedade, irritabilidade, oscilações de humor e a controlar seus impulsos.

Serão vistos em primeiro lugar os estimulantes. Entre eles destacam-se a Ritalina® (metilfenidato), a Dexedrina® (dextroanfetamina) e o Cylert® (pemolina). Até agora, os estimulantes são os medicamentos mais vastamente pesquisados e receitados para o DDA. Numerosos estudos têm estabelecido a segurança e a eficácia dessas substâncias para aliviar os sintomas do DDA. A Ritalina® é o mais comum de todos os estimulantes utilizados no tratamento de DDA e, especificamente no Brasil, é o único entre os estimulantes destacados que se encontra disponível no mercado farmacêutico.

Pode parecer contraditório o uso de psicoestimulantes em pessoas que apresentam hiperatividade física e mental. No entanto, pode-se observar na prática clínica que estas substâncias nos indivíduos com DDA produzem aumentos na concentração, diminuem a impulsividade e hiperatividade, além de poder atuar na redução da ansiedade e na melhoria dos estados depressivos. Ao que tudo indica, os psicoestimulantes atuariam em áreas cerebrais que teriam uma ação inibitória sobre o pensamento humano, capacitando, desta maneira, as atividades de planejamento, previsão, análise de conseqüências e ponderação. Se considerarmos que estas áreas inibitórias encontram-se menos ativas nos cérebros DDA, e que psicoestimulantes são capazes de estimulá-las, pode-se compreender, pelo menos em parte, a ação equilibrante que tais substâncias exercem no comportamento das pessoas com DDA.

Os psicoestimulantes, especialmente a Ritalina®, ainda são relacionados a concepções equivocadas que dizem respeito a dois aspectos principais: a fama de ter efeito de ”droga” e ao fato de retardar o crescimento de crianças e adolescentes. Quanto ao primeiro aspecto, é relevante esclarecer que esses

remédios não causam dependência, quando usados nas doses receitadas. Alguns estudos recentes sugerem, inclusive, que adolescentes DDA que são apropriadamente tratados ficam menos propensos ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Em relação ao retardamento do crescimento, gostaria de citar aqui o estudo de Manuzza, Klein e Bonagura, de 1991, considerado como referência mundial no assunto, que esclarece que o uso de metilfenidato (Ritalina®) está associado apenas a um menor ganho ponderal (peso) e não estatural (altura) como se pensava anteriormente.

Em relação aos antidepressivos, destacam-se a desipramina (Norpramin®), a imipramina (Tofranil®), a venlafaxina (Efexor®), a bupropiona (Zyban®), a fluoxetina (Prozac®), a sertralina (Zoloft®) e a paroxetina (Aropax®).

Entre os antidepressivos utilizados no tratamento do DDA, a desipramina é o mais comumente usado pelos especialistas, pois é o antidepressivo mais pesquisado com esse objetivo. Além disso, o seu uso terapêutico em DDAs revelou efeitos semelhantes aos obtidos com os estimulantes sobre os sintomas-alvo desta síndrome (atenção, impulsividade e hiperatividade). A desipramina tem a vantagem de poder ser tomada em uma única dose diária, o que não ocorre com os estimulantes. Seus efeitos terapêuticos costumam aparecer em, aproximadamente, 15 dias, após o início de seu uso e, em geral mostram-se eficazes com baixas posologias (10-30 mg/dia), o que reduz muito qualquer possibilidade de efeitos colaterais indesejáveis (boca seca, queda de pressão e discreta retenção urinária).

A combinação de baixas doses da desipramina e metilfenidato costuma funcionar muito bem e tem a grande vantagem de evitar que se utilizem doses mais elevadas de uma ou de outra medicação. Esse fato é de extrema importância, uma vez que consideramos a terapêutica medicamentosa do DDA um processo regido pela seguinte regra básica: menores doses com maior eficácia.

O uso dos demais antidepressivos, com exceção da desipramina, causa efeitos terapêuticos menos específicos sobre os sintomas-alvo do DDA, sendo suas indicações mais pertinentes quando nos deparamos com ansiedade, depressão e outros quadros comórbidos associados ao DDA. A nossa prática clínica nos tem levado a estabelecer uma relação bastante interessante entre substância antidepressiva, quadros comórbidos de DDA e eficácia terapêutica: oertraima: tem se mostrado bastante eficaz nos quadros depressivos, pânico, fobias, ansiedade, sintomas obsessivo-compulsivos, irritabilidade, agressividade e hipersensibilidade emocional.

• Paroxetina: ação significativa em estados depressivos, pânico e fobias.

• Fluoxetina: ação antidepressiva, principalmente em crianças e adultos jovens. Sua eficácia também é expressiva em transtornos alimentares, tensão pré-menstrual, hipersensibilidade emocional, irritabilidade e sintomas obsessivo-compulsivos.

• Bupropriona: atualmente é o antidepressivo mais utilizado em adolescentes DDA com sintomas depressivos associados à intensa impulsividade, agressividade, irritabilidade e drogadicção (cigarro, álcool, cocaína ou maconha).

• Venlafaxina: ação eficiente em quadros depressivos, de ansiedade, de transtornos alimentares e em casos de uso/abuso de cocaína.

É importante salientar que os efeitos colaterais dos antidepressivos utilizados para DDA costumam ser muito discretos. Isso ocorre pelo fato de, em geral, trabalhar-se com doses menores que as usualmente utilizadas em quadros depressivos de pacientes não-DDA. Doses elevadas dessas medicações em um indivíduo com comportamento DDA costumam produzir, além de efeitos colaterais desconfortáveis, quadros de intensa ansiedade e angústia. Por isso, deve-se permanecer atento com as doses medicamentosas individualizadas, a fim de que possam ser tão eficazes quanto confortáveis.

E, por último, deve-se destacar o que resolvemos denominar medicações acessórias. Usamos esse termo para designar substâncias que não têm uso muito freqüente no tratamento do DDA ou de suas comorbidades, mas que podem ser usadas em duas circunstâncias específicas:

1. Para amenizar efeitos colaterais da medicação principal, como no caso dos psicoestimulantes em doses mais elevadas que podem causar muita irritabilidade, insónia ou sintomas físicos em forma de taquicardia, sudorese ou diarréia. Nesses casos, os betabloqueadores (como propranolol) podem ser associados para reverter esses efeitos.

2. Para tratar certos aspectos isolados que não obtiveram melhora com a medicação principal. Nesse caso, a medicação principal trouxe muitos benefícios sem efeitos colaterais, mas não foi *capaz* de amenizar pequenos e importantes detalhes comportamentais tais como: acessos de raiva ou fúria, agitação física, intensa instabilidade de humor, ansiedade e insónia. Podemos então destacar a associação eficaz de algumas substâncias tais como: lítio, ácido valpróico, carbamazepina, nadolol, propranolol, clonazepan e clonidina.

Antes de encerrar a parte do tratamento referente ao uso de medicações no DDA, gostaríamos de enfatizar alguns aspectos que consideramos fundamentais:

• Se você tem funcionamento DDA claro e ele provoca comprometimentos em sua vida social, profissional ou particular, a terapêutica farmacológica deve ser tentada, pois, para a maioria absoluta das pessoas com DDA, a medicação tem apresentado resultados extremamente úteis. Apenas em uma pequena minoria, aproximadamente 5 a 10%, as medicações têm se mostrado ineficazes.

• A medicação, por si só, não constitui todo o tratamento do DDA. É apenas mais uma etapa no processo global de tornar a vida das pessoas mais confortável e produtiva. A etapa medicamentosa é um complemento útil e, muitas vezes, poderoso, mas jamais deve ser considerada isoladamente na complexa engrenagem de qualificar o cotidiano de um DDA.

• O uso de qualquer medicação deve ter a orientação e acompanhamento de um médico especializado, com quem você tenha toda a liberdade e acesso para esclarecer dúvidas, obter informações atualizadas e compreender a ação e os efeitos que as medicações possam estar lhe ocasionando em todos os seus aspectos.

• Crie uma disposição positiva em relação à sua medicação. Afinal, ela vem somar esforços no sentido de melhorar sua vida. Se você não colaborar, será impossível encontrar sua medicação mais adequada e na dose ideal. Lembre-se de que você e a medicação estão jogando no mesmo time.

• Não tome nenhuma decisão de interromper o tratamento sem a orientação de seu médico. É comum que você se sinta muito bem e pense erroneamente:

”Não preciso mais de remédios, estou ótimo.” Isso poderá transformar a sua vida em uma gangorra existencial: ”Sinto-me mal, tomo remédios; sinto-me bem, não tomo os remédios...” e assim, sucessivamente. Não se permita viver assim, é necessário o mínimo de estabilidade emocional na vida para que se possa viver bem.

Para que você não esqueça de tomar seus remédios de forma correta, estabeleça um ritual diário em relação a eles. Associe-os com coisas do seu cotidiano: refeições, horários de chegada ou saída do trabalho, hora de acordar ou dormir etc.

• Se você faz parte da pequena parcela de pessoas (5-10%) para as quais as medicações não são eficazes ou não podem ser utilizadas por outros motivos clínicos, lembre-se de que as etapas não medicamentosas do tratamento ainda podem trazer grandes benefícios. Nesses casos, a psicoterapia torna-se fundamental na medida em que fornece orientação, apoio e busca de soluções para as diversas dificuldades enfrentadas pelas pessoas com comportamento DDA.

PSICOTERAPIA:

Normalmente, a imagem do terapeuta que mergulha fundo no passado e na infância de seu paciente, esperando encontrar as respostas e causas dos males que o afligem no presente, é a figura mais comum e sedimentada no imaginário popular para representar o processo de tratamento da psicoterapia. No entanto, em nossa experiência, temos tido a oportunidade de observar que não é esse o procedimento mais adequado para os pacientes DDAs.

É óbvio que os DDAs, como toda e qualquer pessoa, sofrem com problemas de fundo emocional, passaram por experiências significativas durante a infância e em família, e conservam suas marcas por toda a vida. Mas, quando se pensa nas causas ou origens das dificuldades de um DDA, incluindo aí não só baixa auto-estima, como também problemas práticos, como desorganização, não se pode jamais esquecer que a origem é biológica. Há um substrato biológico que determina o funcionamento mental DDA e que está indiretamente por trás da maioria dos problemas emocionais das pessoas com DDA.

Podemos citar vários casos em que DDAs padecem sob o peso de uma crônica baixa auto-estima. Certamente que a maior parte deles desenvolveu essa auto-imagem negativa em conseqüência de anos de crítica e incompreensão por parte de familiares, professores e pessoas de convivência próxima. Mas, mesmo que tivessem tido a sorte de contar com um ambiente familiar e educacional favorável e incentivador, ainda assim iriam enfrentar dificuldades com sua tendência à distração, aos esquecimentos, à impulsividade e à desorganização característica do DDA. Em suma, em algum momento iriam desenvolver uma desagradável autopercepção de inadequação e incapacidade. Principalmente no momento em que, já adultos, precisarão agir por conta própria e assumir responsabilidades crescentes.

Em síntese, acreditamos que psicoterapias voltadas para a busca de *insight* e discussão de vivências infantis não promovem o alívio do desconforto nem a estruturação de que um DDA necessita. É necessário que a psicoterapia para

casos de DDA seja diretiva, objetiva, estruturada e orientada a metas. Uma abordagem psicoterápica dotada dessas características, e que consideramos, particularmente útil para o DDA, além de vários outros transtornos, é a chamada terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Esta abordagem psicoterápica caracteriza-se pela busca de mudanças nos afetos e comportamentos por meio da chamada reestruturação cognitiva, isto é, substituir crenças, pensamentos e formas de interpretar as situações, que sejam negativistas e disfuncionais, por outras formas de pensar e perceber o mundo menos depressogênicas/ansiogênicas e mais baseadas na realidade. Além disso, o paciente também é instruído a realizar ”tarefas de casa” e planeja com o terapeuta um conjunto de atividades que incluem, desde enfrentamentos graduais de situações, que ele se considera incapaz de realizar, até o estabelecimento de uma agenda que estruture rotinas de atividades que proporcionem prazer e satisfação. Assim, resumidamente, o paciente, além de ser educado sobre seu problema, também é instruído a mudar comportamentos e formas de interpretar e perceber situações que sejam irrealistas e desadaptativas e que estejam contribuindo para manter ou agravar seu problema, ou mesmo deflagradoras de seu transtorno.

Principais focos da terapia

É claro que os objetivos e o desenrolar do processo psicoterapêutico poderão variar de paciente para paciente. Afinal, mesmo pessoas que partilham de um mesmo transtorno, diferem entre si, quanto à sua história de vida, experiências, aprendizagens, ambiente e a forma como vêem o mundo.

Cabe ao terapeuta estabelecer uma relação de confiança e cooperação com o paciente e, juntos, estabelecerem as metas da terapia. O terapeuta deve ser flexível o bastante para adaptar as técnicas psicoterápicas ao seu paciente, sem jamais deixar de perseguir os objetivos estabelecidos para o tratamento em função das necessidades e demandas dele e às especificidades de seu transtorno.

Assim sendo, para casos de DDA, alguns focos específicos para intervenção já podem ser previamente delineados, embora a forma e o ritmo com que esses focos serão abordados sejam cuidadosamente adaptados pelo terapeuta a cada paciente.

De uma maneira geral, o terapeuta cognitivo-comportamental irá trabalhar com treino em solução de problemas, treino em habilidades sociais, relaxamento, estabelecimento de agendas de atividades rotineiras e de objetivos e reestruturação de formas de pensar e lidar com problemas que podem estar sendo prejudiciais.

Os treinos em solução de problemas e em habilidades sociais visam minimizar os comportamentos impulsivos que estejam influenciando negativamente em suas relações sociais e em seus afazeres cotidianos. O treino em solução de problemas é particularmente importante para aqueles DDAs que sejam intensamente ansiosos e que fiquem desorientados diante do surgimento de algum problema, real ou imaginário. Esta técnica consiste em treinar o paciente DDA a identificar claramente um problema, gerar diversas soluções possíveis e escolher a que lhe parecer mais adequada. O resultado será objetivamente

discutido com o terapeuta mais tarde. Assim, o paciente DDA habitua-se a ponderar cuidadosamente, em vez de reagir impulsivamente sem ter avaliado antes as possíveis conseqüências. Um objetivo importante seria aumentar o nível de tolerância à frustração. Outro impacto positivo seria o de minimizar a típica ruminação ansiosa na qual os DDAs mergulham, quando precisam cumprir algo ou resolver determinado problema. Deixar-se tomar pela expectativa ansiosa, em vez de estabelecer possíveis soluções, pode deixar o DDA paralisado, ou adiando a resolução do problema, o que fará a ansiedade crescer cada vez mais e mais. Já o treino em habilidades sociais tem como objetivo melhorar a qualidade das interações sociais de um DDA, minimizando o impacto de atitudes e falas impulsivas e irrefletidas que criam dificuldades nos relacionamentos. Mais uma vez, o DDA é instruído a planejar, passo a passo, formas de abordar e resolver problemas de interação, além de tentar compreender o ponto de vista dos outros e não interpretar precipitadamente suas atitudes e intenções. Obviamente, isso inclui o treinamento em assertividade, que consiste em defender seus próprios pontos de vista e direitos de forma respeitosa e ponderada. A ansiedade e o senso de inadequação que acompanham o DDA podem fazê-lo ora ”engolir sapos”, ora reagir explosivamente. Para não engolir o sapo, não é necessário darlhe pauladas. Da mesma forma, para não dar pauladas no sapo, também não deve se obrigar a engoli-lo. É possível seguir o caminho do meio.

O treino em relaxamento também é direcionado para minimizar o impacto da ansiedade e de suas manifestações somáticas, como taquicardia, tensão muscular, tremores e outras sensações desagradáveis. Ele inclui reeducação da respiração, da postura e o aprendizado de alguma técnica de relaxamento a ser empregada com regularidade.

Um componente da terapia, especialmente importante para pacientes DDAs, refere-se ao estabelecimento de uma agenda de atividades semanais em que sejam definidos horários fixos para a realização de tarefas específicas, assim como momentos de lazer que devem incluir exercícios físicos ou a prática de algum esporte. Os exercícios físicos são fundamentais para o manejo do estresse. Neste ponto, pode-se tentar estabelecer também uma reeducação alimentar, por meio da diminuição da ingestão de substâncias prejudiciais, como a cafeína. O estabelecimento de agendas cumpre a função de estruturar as tarefas e atividades de um DDA, de modo a impedir que se enrede em sua própria desorganização e fique pulando de uma atividade inacabada para outra. Os efeitos benéficos mostram-se tanto em um aumento de produtividade como em um aumento no senso de autodomínio experimentado pelo paciente DDA. A falta de organização e estruturação, aliada à ansiedade, podem causar no DDA a sensação de serem como ”baratas tontas”, equilibrando-se em uma corda bamba. Ele não sabe se vai, se volta e acaba parado no mesmo lugar, sem resolver o problema, e em crescente ansiedade.

Horários e atividades estabelecidos ajudam a diminuir o senso de caos interno e externo. Uma função muito importante, a ser cumprida pelo terapeuta, consiste em incentivar o paciente a manter essa agenda depois de estabelecida.

A etapa de *reestruturação cognitiva* é um dos pilares da terapia. Trata-se da reestruturação das formas de pensar, interpretar os eventos e o modo como o indivíduo vê a si mesmo. Para um DDA isso é extremamente importante, pois,

como temos pontuado ao longo deste livro, sua auto-estima costuma ser bastante baixa e ele tende a enxergar a si próprio como incompetente ou inadequado, e o mundo como um ambiente ameaçador e punitivo. Ora, tais crenças têm efeitos nefastos na vida de qualquer pessoa e, principalmente, na de um DDA, pois sabe-se que eles geralmente têm um nível de energia e iniciativa muito grande, contudo subaproveitado, quando o indivíduo funciona sob a influência dessas crenças tão autodesvalorizantes.

Desse modo, o terapeuta investiga quais pensamentos e crenças são estas e passa a examinar sua veracidade e funcionalidade com base em dados reais. Muitas vezes, o paciente está tão corroído por sua baixa autoestima que, simplesmente, não enxerga evidências óbvias de sua competência e de seu valor como ser humano. O DDA tende a focar-se nos aspectos negativos de qualquer situação, desconsiderando todo o resto, que muitas vezes, pode ser mais freqüente e significativo. Os aspectos positivos estão lá, mas o julgamento obnubilado do DDA só permite antever os pontos negativos. Muitas vezes, tais pontos escuros podem não sertão escuros assim. Podem ser cinzentos ou até mesmo claros como água, mas a instabilidade emocional e o julgamento prejudicado do DDA não o permitem vislumbrar isso, senão com muito esforço. O terapeuta busca conduzir o DDA, por meio de questionamentos e descoberta guiada, a conclusões mais acertadas de si mesmo, não tão carregadas de matizes emocionais. Apresenta argumentos racionais e baseados em evidências, e leva o paciente a ponderar cuidadosamente sobre sua forma de pensar e interpretar os eventos. Como exemplo podemos citar o caso de um DDA, intensamente ansioso, que desmoronava sempre que seu gerente reclamava de algum procedimento no trabalho. Essas ocasiões bastavam para estragar todo o resto de sua semana pois eram interpretadas por ele como sinais claros de sua incompetência e de como era malquisto por seu superior. A terapeuta questiona, então, o que significa para ele ser criticado: ”Significa que sou incompetente, que estão questionando meu trabalho.” Perguntado pela terapeuta com que freqüência o gerente costumava interpelá-lo, revelou que normalmente era uma vez na semana e nem todas as semanas. A terapeuta, percebendo que ele estava focando-se em um fato não tão freqüente e significativo, o interpela sobre o que significaria a ausência de reclamações, durante todos os outros dias. O paciente acaba concluindo, surpreso; ”Que ele está satisfeito com meu trabalho...”.

Assim, o terapeuta precisa saber conduzir o paciente DDA, baseado em evidências concretas, a reformular alguns conceitos negativos de si mesmo, que acabam levando-o sempre a interpretar as situações como mais perigosas e ameaçadoras do que são na realidade, trazendo, conseqüentemente, um grau de sofrimento significativamente desproporcional aos problemas enfrentados em seu cotidiano.

Subiu a construção como se fosse máquina.
ergueu no patamar quatro paredes sólidas.
tijolo com tijolo num desenho mágico.
seus olhos embotados de cimento e lágrima.
sentou pra descansar como se fosse sábado.
comeu feijão com arroz como se fosse um príncipe.
”Construção”
(Chico Buarque)

CAPÍTULO 16 - MERCADO DE TRABALHO DO FUTURO *E* OS DDAs

transformando sonhos em realidade: o novo mercado de trabalho e o destaque para as potencialidades criativas...

Estamos ensaiando os primeiros passos do século XXI e muitas transformações já ocorreram, estão ocorrendo ou estão por vir.

Dentre as mudanças mais significativas que estamos testemunhando, podemos destacar as modificações no mercado de trabalho e as expectativas lançadas sobre o papel do novo trabalhador.

Talvez a grande maioria da população mundial não esteja atenta para o fato de que neste exato momento estamos vivenciando uma verdadeira revolução no trabalho, sem precedentes, e que a globalização da economia tem sido o grande combustível a alimentar e acelerar todo esse complexo mecanismo. Os modos de produção taylorista e fordista vivem seus estertores. A imagem da fábrica cinzenta com seus operários executando tarefas repetitivas e alienantes, ao longo de uma esteira rolante, em uma linha de produção fatigante e massiva, cujo sucesso dependia em parte da velocidade de seus executores e do número de horas trabalhadas, começa a adquirir em nossas mentes aquela tonalidade pastel com que, normalmente, costumamos tingir nossas lembranças mais remotas.

Vivemos uma era de transição de uma economia de produção para uma economia de serviços. Isso significa dizer que o número de trabalhadores intelectuais, que prestam serviços, vem superando, a cada momento, o número de trabalhadores do setor industrial e agrícola. São estes os setores responsáveis pela mecanização, caracterizados pelo trabalho braçal de toda uma época da economia mundial, a qual designamos de sociedade industrial.

O trabalho mecânico vem sendo mais e mais substituído por aqueles maquinários tecnológicos *e* natimortos que aprendemos a chamar de robôs. Colocando à parte as polêmicas suscitadas por seu advento e o desemprego que tem causado nesta fase de reestruturação dos modos de produção, devemos chamar a atenção para o fato de que o homem começa agora a se libertar do trabalho sem significação, sem inspiração e amor que, caso assim não fosse, poderia ser executado por máquinas programadas.

Caminhamos a passos largos para uma sociedade onde observamos o crescimento sustentado de uma camada de trabalhadores, advinda principalmente de uma classe média bastante heterogênea, na qual encontramos artistas, produtores agrícolas não-latifundiários, pequenos e médios empreendedores e, principalmente, intelectuais com capacitação técnica (advogados, médicos, economistas). Para essa camada, o poder reside no saber e não naquilo que possuem, pois o saber advém não apenas do ensino formal, mas também daquele que surge das superações das dificuldades enfrentadas no cotidiano, e que faz do homem simples um grande sábio.

Há quem chame esta nova etapa da economia mundial de ”sociedade pós-industrial”. Uma era em que a maioria dos trabalhadores não terá mais que lidar com produtos materiais oriundos de sua produtividade, como ocorria no interior das grandes fábricas ou fazendas. O resultado final dessa nova forma de produzir é a informação e o conhecimento originados de idéias imateriais.

Os postos de trabalho, criados de agora em diante exigirão que as pessoas pensem, criem, se inspirem, se emocionem, raciocinem, opinem, discordem, se apaixonem, detestem; enfim, que tenham um trabalho verdadeiramente humano, que só pode ser concebido pelos que possuem mentes e corações, cognições e sentimentos.

Tal trabalho não depende, necessariamente, do número de horas trabalhadas e, muito menos, do esforço físico empregado. Ele depende da inteligência — seja racional, emocional ou social — e da intuição, qualidades que, por mais que o homem tente, jamais conseguirá conceder a qualquer máquina. Esse trabalho não precisará de ”mão-de-obra”, mas sim de mentes, corações e, também, de mãos talentosas, integradas em um ser humano completo e único, que, finalmente, poderá ver significação em seu trabalho e crescer com ele.

Dessa maneira, podemos antever que as pessoas criativas tenderão a ter papel mais expressivo e determinante no mercado de trabalho dos tempos pós-industriais.

Nesse panorama que vemos desenrolar-se, quais são os papéis que podem estar reservados àquelas pessoas que estão descritas neste livro — os ”DDAs” ?

Já podemos imaginar o que um trabalho repetitivo e monótono faz a um DDA. Tarefas pré-organizadas e preestabelecidas, das quais não se pode desviar um milímetro, acabam por minar o que um DDA tem de mais precioso a oferecer: a sua criatividade. E não só esta, mas também seu entusiasmo, sua energia e, até mesmo, parte de sua alegria de viver. Assim como em outros setores da vida, um trabalho que pode ser caracterizado como repetitivo e sem novidades não é apropriado para alguém que tenha um funcionamento DDA.

Por outro lado, a nova forma de se pensar o trabalho, que está em gestação, cai como uma luva para um profissional DDA.

Não pretendemos afirmar, entretanto, que uma pessoa DDA seja o tipo de profissional talhado para esse mercado de trabalho futuro. Pessoas não-DDA podem ser tão adequadas quanto as DDA.

O que queremos dizer é que esse é o cenário em que os DDAs poderão sentir-se à vontade, como jamais se sentiram antes, no estilo antigo de trabalho. Esse é o momento em que os DDAs poderão mostrar o que têm de melhor e deixar para trás a época em que eram chamados de desorganizados, esquecidos, estabanados, indisciplinados e tantos outros adjetivos negativos pelo fato de não serem tão adaptáveis às funções burocráticas.

Até então, pessoas DDAs adaptavam-se especialmente bem às atividades ligadas à arte: interpretação, composição, dramaturgia, dança, canto, poesia, música, literatura etc. É fácil entender o porquê: no trabalho artístico, pode-se criar e inovar; não precisa se ater necessariamente a horários, rotinas, regras rígidas e todas as outras exigências de outros tipos de trabalho.

Nas carreiras artísticas, o DDA podia dar livre curso à imaginação e à criatividade e, assim, florescia o que ele tinha de melhor. Daí podemos entender *a* grande incidência de artistas que são DDA. É a máxima que se confirma ”a pessoa certa no lugar certo”.

No entanto, com a necessidade cada vez maior de criatividade e inventividade em outras carreiras, pessoas DDAs passarão também a se destacar no mercado de trabalho comum e perderão a pecha de bagunceiros que fazem de

sua própria mesa um quebra-cabeça de papéis e memorandos, difícil de ser decifrado.

Um exemplo de tal cenário já está em gestação no mercado nascente da internet. Empresas ligadas à grande rede, à implementação de projetos, criação e *design* de *sites,* jogos e *softwares* geralmente apresentam uma característica de informalidade em seu ambiente de trabalho. Vestimentas não tão formais, liberdade de locomoção, horários mais flexíveis e um ambiente que tente prover ao máximo o bem-estar e a sensação de ”estar em casa”, têm sido a tônica nestas empresas, mesmo após as recentes crises envolvendo a economia da internet, derivadas, principalmente, da tentativa de tornar a grande rede uma espécie de *shopping* virtual, esquecendo-se da sua potencialidade como meio de comunicação, difusor de cultura, entretenimento e arte.

O ar puro, que começa a invadir o futuro mercado, envolverá, sedutoramente, profissionais das mais diversas áreas, ávidos por se sentirem valorizados e livres de preconceitos. Serão atraídos pelo espaço que terão para respirar, sonhar e criar.

Cabe, no entanto, lembrar aos ”fiscais da natureza” e aos viajantes de plantão que não se trata de uma oficialização de suas (des)ocupações. Estamos falando de criar, plantar e colher frutos e, para tanto, é necessário manter um sistema de organização.

No caso específico do DDA, assim como imaginamos o que um trabalho repetitivo e monótono sugere ao seu espírito, podemos vislumbrá-lo no extremo oposto: pairando no ar, sem local de pouso; muitas idéias brilhantes e nenhum projeto pronto.

Por isso, ressaltamos a grande importância do DDA saber-se DDA, sendo este um dos mais relevantes motivos que nos levaram a escrever sobre tal assunto. Como já foi apontado anteriormente, o DDA costuma ter a autoestima minada, por se sentir um peixe fora d’água.

Conhecer e entender o próprio comportamento é fundamental para uma mudança de perspectiva que possibilite um redirecionamento em sua vida. É importante ao DDA aceitar o seu modo de ser e acreditar sinceramente em seus talentos, transformando, assim, potencialidades criativas em atos criativos. Ele tem que adquirir confiança para buscar seu espaço nesse novo sistema de trabalho, pois, para bem adaptar-se a essa viagem ao futuro, é preciso levar na bagagem, junto com a criatividade, a coragem e a perseverança; a coragem de errar e continuar tentando. É necessário que tenha um ideal firme e que creia no seu próprio sonho para torná-lo real.

E, para tanto, um DDA precisa persistir nessa empreitada com a curiosidade da criança e a paixão do adolescente; a determinação do adulto e a confiança serena da maturidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, FRANZ G. & SELESNICK, SHELDON T. *História da Psiquiatria: Uma Avaliação do Pensamento* e *da Prática Psiquiátrica desde os Tempos Primitivos até o Presente.* Trad. Aydano Arruda. 2'. ed. São Paulo: IBRASA, 1980.

ALSOBROOK, J.P. & PAULS D.L. *Molecular Approaches to Child Psychopatology.* Hum Biol. 1998 Apr:70 (2):413-432.

ARNOLD L.E.; JENSEN P.S. *Attention-Deficit Disorders.* In: Kaplan H.I., Saddock, J.B., eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th edition. Baltimore: Williams & Williams 1995: 2295-2310.

AUGUST, G.T.; STEART, M.A.; HOLMES, C.S. *A Four-year Fo/lowup of Hyperactivity Boys with and Without Conduct Discorder.* Br J. Psychiatry 1983; 143:192-198.

BADINTER, ELISABETH. *Um é o Outro: Relações entre Homens e Mulheres,* Trad. Carlota Gomes. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

BALIBAR, FRANÇOISE. *Eistein: Uma Literatura de Gali/eu a Newton.* Trad. Arlíndo José Castanho. Lisboa: Edições 70, 1984.

BALLARD, S.; BOLAN, M.; BURTON, M.; SNYDER, S.; PASTERCZYK-SEABOLT, C. MARTIN D. *The Neurológica! Basis of Attention Déficit Hyperactivity Desorder.* Adolecence 1997;
32 (128):855-861.

BARKLEY, R.A.; GUEVREMONT, D.C.; ANASTOPOULOS, A.D. et ai: *A Comparison of tree Family Trerapy Programs for Treating Family Conflicts ín Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Desorder, J.* Consult Clin Psychol 1992: 60:450-462.

BARKLEY, RUSSELL A. *Attention* — Déficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. Second Edition. New York: The Guilford Press, 1998.

BARLOW, DAVID H. *Manual dos Transtornos Psicológicos.* Trad. Maria Regina Borges Osório. 2' *ed.* Porto Alegre: Artmed, 1999.

BARRICKMAN, L.L.; PERRY, P.J.; ALLEN, A.J. et al. *Bupropion versus Methyphenidate in the Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Desorder.* J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:649-657.

BRADLEY, JONATHAN & DUBINSKY, HÉLÈNE. *Compreendendo seu Filho de 15-17 Anos.* Trad. Nádia Lamas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1995.

BRANDO, MARLON & LINDSEY, ROBERT. *BRANDO- Canções que Minha Mãe me Ensinou* Trad. J. E. Smith Caldas. São Paulo: Siciliano, 1994.

BRASWELL, LAUREN & BLOOMQUIST, MICHAEL. *Cognitive-Behav/oral Therapy with adhd Ch/ldren: Child, Family, and School Intervencions.* New York: The Guilford Press, 1991

BRENNAN, RICHARD. *Gigantes da Física: Uma História da Física Moderna Através de Oito Biografias* Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1998.

BRUCE, ALBERTS; BRAY, DENNIS, LEWIS JULIAN, RAFF, MARTIN, ROBERTS, KEITH & WATSON, JAMES D. *Biologia Molecular da Célula* Trad. Amauri Braga Simonetti. 3' ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BUENO, ALEXEI. Entusiasmo. Rio de Janeiro- Topbooks, 1997.
BURNS, JOHN E. O *Caminho dos Doze Passos Tratamento de Dependência de Álcool e outras Drogas.* São Paulo: Editora Loyola, 1997.

CANGUILHEM, GEORGES *O Normal e o Patológico.* Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Leite. 4° ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARLSSON, ULLA & FEILITZEN, CECÍLIA VON (orgs.). *A Criança* e *a Violência na Mídia Trad.* Maria Elizabeth Danto Matar, Dilmah de Abreu Azevedo. — São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 1999.

CARNEAU, GUY. *Será que Existe Amor Feliz •- Como as Relações Pais e Filhos Condicionam nossos Relacionamentos Amorosos.* Trad. Guilherme Teixeira. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CARROL, K.M., ROUNSANVILLE, B.J. *History and Sigmficance of Childhood Attention Déficit Disorder m Treatment-Seek/ng Cocaine Abusers.* Comprehensive Psychiatry 1993; 34.75-82

CÁRTER, BETTY & MCGOLDRICK, MONICA e col. *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar.* Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2 ed. Porto Alegre Artes Médicas, 1995.

CASTRO, RUY. *Anjo Pornográfico: A Vida de Nelson Rodrigues* São Paulo: Companhia das Letras, 1992

CASTRO, RUY *Saudades do Século 20. São* Paulo: Companhia das Letras, 1994.

CATTERALL, W.; MACKIE, K. *Local Anesthetics.* In: Hardman J G, Limbird, L.E, Mofmoff, R.W., Gilman, A.G., eds Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 9th. Edition. New Yor: McGraw-Hill 1996:331-349.

CHAFFEE, JOHN *Pense Diferente, Viva Criativamente: 8 Passos para Tornar a sua Vida mais Completa* Trad. Márcia Paredes. Rio de Janeiro: Campus, 2000
de transtornos Mentais *e* de Comportamento do Cid 10 Descrições e Diretrizes Diagnosticas Coord Organiz Mundial de Saúde Trad Dorgival Caetano Porto Alegre Artes Médicas, 1993

CURY, AUGUSTO JORGE *Treinando a Emoção para Ser Feliz* São Paulo Academia de Inteligência, 2001

DACKIS C A, GOLD, M S *New Concepts m Coca/ne Addiction the Dopam/ne Depletion Hypothesis* Neurosci Biobehav Ver 1985, 9469-477

De OLIVEIRA, MARIA ADELAIDE DAUDT *fantasma do Medo Síndrome do Pânico* Rio de Janeiro Gryphus, 1997

DAMASIO, ANTÔNIO R *O Erro de Descartes Emoção, Razão e Cérebro Humano* Trad Dora Vicente Georgina Segurado São Paulo Companhia das Letras 1996

DAVIES, KEVIN *Decifrando o Genoma A Corrida para Desvendar o DNA Humano* Trad Roaura Eichember São Paulo Companhia das Letras, 2001

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS Washington, DC American Psychiatry Association, 1994

DILTS, ROBERT B *A Estratégia da Genialidade Como Utilizar a Programação Neurolingüística para Entender a Genialidade de Albert Emstein* Trad Heloísa Martins Costa São Paulo Summus, 1999

ERNST, M, COHEN, RM, LIEBENAUER, L L JONS, PH, ZAMETKIN, A J *Cerebral Glucose Metabolism m Ado/escents Girls w/th Attention Deficit/Hyperatctivity desorder* J Am Child Adolesc Psychiatry 1997 Oct, 36(10)1399-1406

FARAONE S V, BIEDERMAN, J, WEBER, W, RUSSELL, R L *Psychiatry, Neuropsychological, and Psychosocial features of DSM IV subtypes of Attention Deficit/Hyperatctivity Disorder Result form a Clinically Referred Sample* J Am Acad Adolesc Psychiatry 1998 37(2) 185 193

FIRST MICHAEL B, FRANCÊS, ALLEN & PINCUS, HAROLD ALAN *Manual de Diagnostico Deferencial do DSM IV* Trad Dayse Batista Porto Alegre Artes Médicas Sul, 2000

GAIARSA, JOSÉ ÂNGELO Imagem *e Individualidade São* Paulo Editora Gente, 2001

GARDNER, HOWARD *Inteligência Um conceito reformulado* Trad Adalgisa Campos da Silva Rio de Janeiro Objetiva, 2000

GARDNER, HOWARD, *Mentes que Criam Uma Anatomia da Criatividade Observada Através das Vidas de Freud, Emstein, Picasso, Stravmsky, Eliot, Graham e Gandhi* trad Maria Adriana Veronese — Porto Alegre Artes Médicas, 1996

GELL, MICHEL J *Aprendendo a Pensar* com *Leonardo da Vmci Sete Passos para o Sucesso no seu D/a a D/a* Trad Luciano Vieira Machado 1" ed São Paulo Atica, 2000

GIROS, B, JABER, M, JONES S R, WIGHTMAN, R M, CARON, M G *Hyperlocomotion and Ind/fference to Cocaine and Amphetamme m mice lackmg the Dopam/ne Transporter* Nature 1996 -379- 606- 612

GLOD, CA, TEICHER, M H *Relationships between early Abuse, Post Traumat/c Stress Disorder, and Activity leve/s m Prepuberal Children* J Am Acad Child Adol Psychiatry 1996, 35- 1384- 1393

GLEICK, JAMES *Acelerando A velocidade da vida moderna* — o *desafio de lidar* com *o tempo* Rio *de* Janeiro Campus, 2000

GOLDMAN ROBERT, KLATZ RONALD & BERGER LISA *A Saúde do Cérebro Como Melhorar a Memória, a Concentração* e a *Criatividade em Todas as Idades* Trad Maurette Brandt Rio de Janeiro Campus, 1999

GOLEMAN DANIEL *Mente Meditativa As Diferentes Experiências Meditativas no Oriente e no Ocidente* Trad Marcos Bagno 2' ed São Paulo Atica, 1996

GOLEMAN, DANIEL, KAUFMAN, PAUL & RAY MICAHEL *Espirito Criativo* Trad Gilson César Cardoso de Sousa São Paulo Cultrix, 1992

GORDON, RICHARD *A Assustadora História da Medicina* Trad Aulyde Soares Rodrigues 3' ed Rio de Janeiro Ediouro, 1996

GRAEFF, FREDERICO GUILHERME & GUIMARÃES, FRANCISCO SILVEIRA *Fundamentos de Psicofarmacologia* São Paulo Editora Atheneu, 1999

GRECO, ALESSANDRO (Entrevistador) *Homens de Ciência* São Paulo Conrad Editora do Brasil, 2001

GROSS, PAUL R, LEVITT, NORMAN & LEWIS, MARTIN W *The Flight Form Science and Reason* ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIECES Vol 775 New York, 1996

HENKER, B,, WHALEN, C K *Hyperactivity and attention deficits Am* Psychol 1989, 44216223

HERNANDEZ, L, HOEBEL, B G *Food Reward and Cocaine Increase Extracelular Dopam/ne m Nuc/eus Accaumbens as Measured by Microdialys/s* Life Sei 1988, 421705 1393

HETEM, LUIZ ALBERTO B & GRAEFF, FREDERICO G *Ansiedade e Transtornos de Ansiedade* Rio de Janeiro Editoral Cientifica Nacional, 1997 (1 Ansiedade, 2 Neuroses) CDD 6168522 / CDU 616891 (A627)

HiRIGOYEN, MARIE FRANGE *Assédio Moral A Violência Perversa no Cotidiano.* Trad. Maria Helena Kuhner Rio de Janeiro Bertrand Brasil, 2000

HOLLANDER, J.E. *The Management of Cocaine-Associeted Myocardial Ischemta* N Engl J Med 1995, 333:1267-1272.

HOUZEL, SUZANA HERCULANO *O Cérebro nosso de Cada Dia Descobertas da Neurociência Sobre a Vida Cotidiana* 1 ed. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2002.

HURD, Y.L, HERKENHAM, M *Molecular Alteration m the Neostriatum of Human Cocaine Addicts* Synapse 1993, 13.357-369

HYND, G W, SEMRUD-CLIKEMAN, M., LORYS, AR., at ai *Corpus Callosum Morphology m Attention Déficit Hyperactivity Disorder Morphometnc Analisys of MRI.* J Learning Disabihties, 1991; 24-141-146

ITO, LIGIA M. (org.) *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos* Porto Alegre: Artes Médicas, 1998

IZQUIERDO MORENO, CIRIACO *Educar em Valores* Trad Maria Lúcia Garcia Prada. São Paulo. Paulmas, 2001

JAFFE, S.L *Internasal abuse of prescribed Methyphenidate by na alcohol and abusing adolescent with ADHS.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30,5773-775

JAMISON, KAY REDFIELD *Uma Mente Inquieta Memórias de Loucura e Instabilidade de Humor* Trad. Waldea Barcellos. São Paulo Martins Fontes, 1998

KAMINER, Y. *Desipramme facil/tation of cocaine abstnence m na adolescent* J Am Acad Adolesc Psychiatry 1992, 31,2:312-317.

KAPCZINSKI, FLÁVIO; QUVEDO, JOÃO & IZQUIERDO, IVAN (orgs) *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos* Porto Alegre. 2000

KAPLAN, H.l. & SADOCK, B.J. *Médicaments en Psychiatrie: Cuide de Poche* Trad Bernard Granger Paris1 Editions Pradel.

KHALSA, DHARMA SINGH & STAUTH, CAMERON. *Longevidade do Cérebro. Um Programa Médico Revolucionário que Aprimora a Mente e a Memória* Trad Sylvia Bello Rio de Janeiro. Objetiva, 1997

KLEIN R.G & MANUZZA, S. *Long-term outcome of hyperactive children a rewiew* J Am Acad Adolesc Psychiatry 1991, 30-383-387.

KOOB, G F *Dopamme addiction and reward.* Semm Neurose 1992; 4:139-148

KORKMAN, M & PESONEN, A. E *A companson of neuropsycholog/cal test profiles of children with attention deficit-hyperactivity disorder and/or learmng disorder.* J Learling Disabihties 1994; 27:383-392.

LASCH, C. *A Mulher e a Vida Cotidiana. Amor, Casamento e Feminismo.* Trad Heloísa Martins Costa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

LEVY, F; BARR, C. & SUNOHARA, G. *Direction of aetiologic research on attention déficit hyperactivity disorder* Aust N Z J Psychiatry 1998 Feb; 32(1) 97-103.

LÉVY, PIERRE. *As Tecnologias da Inteligência1 O Futuro do Pensamento na Era da Informática* Trad. Carlos Irineu da Costa Rio de Janeiro. Editora 34, 1993

LOU, HC; HENRICSEN, L, BRUHN, P. et al. *Stnatal disfunction m attention déficit and hyperk/netic disorder.* Arch Neur 1990; 46:48-52.

MACHADO, ÂNGELO Neuroanatomia *Funcional.* 2' ed São Paulo, Editora Atheneu, 1998.

MATTOS, PAULO *No Mundo da Lua: Perguntas e Respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção* com *Hiperatividade em Crianças, Adolescentes e Adultos* São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

MATURNA, HUMBERTO R & VARELA, FRANCISCO J *Árvore do Conhecimento- As Bases Biológicas da Compreensão Humana.* Trad Humberto Manotti e Lia Diskm. São Paulo: Palas Athenas, 2001.

MCGEE, R WILLIAMS, S, SILVA, O. A. *A companson of girls and boys w/th teacher/dentified problems of attention.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1987; 26:711-717.

MCLEER, S V; CALAGHAM, M.; HENRY, D. et al. *Psychiatry disorders in sexually abused children* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33:313-319.

MILLER, GEOFFREY F. *Mente Seletiva: Como a Escolha Sexual Influenciou a Evolução da Natureza Humana.* Trad. Dayse Batista. Rio de Janeiro. Campus, 2000.

MILLER, M.V. *Terrorismo íntimo- A Deterioração da Vida Erótica* Trad. Dirce de Assis Cavalcanti. Rio de Janeiro. Francisco Alves, 1995.

NA NARCOTICS ANONYMOUS Só *por Hoje- Meditações Diárias para Adictos em Recuperação.* USA: Narcotics Anonymous World Services, Inc, 2000

NACHMANOVITCH, STEPHEN. Ser *Criativo: O poder da Improvisação na Vida e na Arte.* Trad. Eliana Rocha São Paulo: Summus, 1993.

NADDER, T.S., SILBERG, J.L., EAVES, L.J, MÃES, H.H, & MEYER, J M *Genet/c effects on ADHD symptomatology m 7 to 13 year old tw/ns- results from a telephone survey.* Behav genet 1998 Mar; 28(2):83-99.

NESSE, RANDOLPH M. & WILLIAMS, GEORGE C. *Por Que Adoecemos?* Trad. Priscilla Martins Celeste e Ana Beatriz Rodrigues Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NIEDERMEYER E *Frontal lobe functions and dysfunctions* Clm Electroencephalogr 1998 Apr 29(2) 79 90

NJIOKIKTJIEN C H & VERSCHOOR CA *Attention defic/ts m children whith low performance IQ arguments for ngth hemisphere dysfunction* Fiziol Cheloveka 1998 Mar Apr 24(2) 16 22

NORWOOD, ROBIN *Mulheres que Amam Demais* Trad Cristiane Perez Ribeiro São Paulo Siciliano 1998

O CALLAGHAN M J & HARVEY J M *Biológica! predictors and comorbidity of attention déficit and hyperact/v/ty disorder m extremely low birthweigth infan-ts at school* J Paediatr Child Halth 1997 Dec 33(6)491-496

ORNISH, DEAN *Amor & Sobrevivência A Base Científica para o Poder Curativo da Intimidade Trad* Aulyde Soares Rodrigues Rio de Janeiro Rocco, 1998

ORNSTEIN ROBERT *A Mente Certa Entendendo o Funcionamento dos Hemisférios Trad* Ana Beatriz Rodrigues e Priscilla Martins Celeste Rio de Janeiro Campus 1998

Os *Pais são também Professores Um Programa que Ensina a Lidar* com *Crianças* Trad Maria Eneida S Coaracy São Paulo EPU, 1974

PAULS, D L *Genetic factors m the express/on of attention déficit hyperactivity disorder* Journal of Child and adolescent Psychopharmacology 1991 1353- 360

PARIKH JAGDISH (e col) *Intuição A Nova Fronteira da Administração* Trad Paulo César de Oliveira São Paulo Cultrix 1997

PESSOA FERNANDO *Livro do Desassossego Composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda livros na cidade de Lisboa* São Paulo Companhia das Letras 1999

PHILLIPS ASHA *Dizer Não Impor Limites* é *Importante para Você e seu Filho* Trad Denise Cabral Carlos de Oliveira Rio de Janeiro Campus, 2000

PIAGET JEAN *A Linguagem e o Pensamento na Criança* Trad Manuel Campos São Paulo Martins Fontes 1999

PIAGET, JEAN *Psicologia da Inteligência* Trad Nathanael C Caxeiro 2' ed Rio de Janeiro Zahar, 1983

PONTES, CLETO BRASILEIRO *Psiquiatria Conceitos e Práticas 2'* ed São Paulo Lemos Editorial, 1998

PORRINO, L J RAPOPORT, J L & BEHAR DA *Naturalist/c assessment of the motor activity of hyperactivity boys companson with normal contro/s* Arch Gen Psycguatry
1983 40-681- 687

PRADO JÚNIOR, BENTO (org) Filosofia *e Comportamento São* Paulo Brasiliense, 1982

RATEY JOHN J & JOHNSON, CATHERINE *Síndromes Silenciosas Como Reconhecer as Disfunções Psicológicas Ocultas que Alteram o Curso de Nossas Vidas* Trad Hehete Vaitsman Rio de Janeiro Objetiva, 1997

REVISTA DA ABEAD Ano 1 no 1/2 Álcool *e Drogas Dezembro* 1998

RIDGEWAY ANDREI *Vida Psíquica Desperte os seus Dons* Trad Beatriz Penna Rio de Janeiro Nova Era, 2002

RIVAL, MICHEL Os *Grandes Experimentos Científicos* Trad Lucy Magalhães Rio de Janeiro Jorge Zahar, 1997

ROOB BERNSTEIN, ROBERT & ROOB BERNSTEIN, MICHELE *Centelhas de Génios Como Pensam as Pessoas mais Criativas do Mundo* São Paulo Nobel, 2001

SAVATER, F *Ética para meu Filho Trad Monica* Stahel São Paulo Martins Fontes, 2000

SCHUMAHER, SCHUMA & VITAL BRAZIL, ERIÇO *Dicionário Mulheres do Brasil de 1500 ate a Atualidade Biográfico e Ilustrado* Rio de Janeiro Jorge Zahar, 2000

SEMRUD CLICKEMAN, M, BIEDERMAN, J, SPRICH BUCKMINSTER, S et al *Comordity between ADHD and learmng disability a review and report m a climcally referred sample* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992, 31-439448

SILVA, MARCO AURÉLIO DIAS DA *Todo Poder as Mulheres Esperança de Equilíbrio para o Mundo* São Paulo Editora Best Seller, 2000

SILVA, MILTON (MYLTAINHO) SEVERINO DA Se *Liga' O Livro das Drogas* Rio de Janeiro Record, 1997

SPEICHER, CARL E *A Escolha Certa Um Guia de Exames Complementares para o Médico* 3 ed Trad Maria de Fátima Azevedo e Telma Lúcia de Azevedo Hennemann Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2000

SPRINGER, SALLY P & DEUTSCH, GEORG *Cérebro Esquerdo, Cérebro Direito* Trad Thomaz Yoshiura São Paulo Summus, 1998

STEINBERG, SHIRLEY R & KINCHELOE, JOE L (orgs) *Cultura Infantil A Construção Corporativa da Infância* Trad George Eduardo Japiassu Bricio Rio de Janeiro Civilização Brasileira, 2001

SULLOWAY, FRANK J *Vocação Rebelde* — Ordem de Nascimento, Dinâmica Familiar e *Vidas Criativas* Trad Vera Ribeiro Rio de Janeiro Record, 1999

SZASZ, THOMAS S *Dor e Prazer Um Estudo das Sensações Corpóreas* Rio de Janeiro Zahar, 1975

TEIXEIRA, MÔNICA. *O Projeto Genoma.* São Paulo: Publífolha, 2000.

TORRES, ALBINA RODRIGUES; SHAVIIT, ROSELI GEDANKI & MIGUEL, EURÍPEDES CONSTANTINO (orgs.) *Medos, Dúvidas e Manias: Orientações para pessoas* com *Transtorno Obsessivo-Compulsivo e seus Familiares.* Porto Alegre: Artmed, 2001.

TZELEPIS, A., SCHUBINER, H. & WARBASSE, L.H. *Differential Diagnosis and psychiatry comorbidity patterns in adult attention déficit disorder.* In: Nadeau, K.G, ed. A comprehensive guíde to attentíon déficit disorder in adults. New York: Brunner/Mazel 1995: 35-57.

VAN CANEGHEM, DENISE. *Agressividade e Combatividade.* Trad. Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

WEBSTER, RICHARD. *Por que Freud Errou: Pecado, Ciência* e *Psicanálise.* Rio de Janeiro: Record, 1999.

WILBER, KEN. *Transformações da Consciência: O Espectro do Desenvolvimento Humano.* Trad. Sônia Maria Christopher. São Paulo: Cultrix, 1999.

WILENS, T E. & BIEDERMAN, J. The *stimulants.* Psychiatr Clin North Am 1992;41: 191-222.

WINNICOTT DONALD.W. *Privação e Delinqüência.* Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WISER, WILLIAM. Os *Anos* **Loucos: Paris na Década de 20.** Trad. Leonardo Fróes. Rio de Janeiro, José Olympio, 1993.

[1]

SOBRE A AUTORA

Ana Beatriz Barbosa Silva, médica formada pela UERJ, com pós-graduação em Psiquiatria pela UFRJ e especialização em Medicina do Comportamento pela Universidade de Chicago, Estados Unidos, é conhecida por seu trabalho sobre tipos de personalidades, comportamento e funcionamento mental, tendo realizado inúmeras palestras e conferências sobre o tema para empresas particulares e estatais.

Diretora médica do Napades (Núcleo de Medicina do Comportamento), criou o SIP (Serviço de Informação à População) e o SAN (Serviço Assistencial Napades), onde coordena pesquisas clínicas ligadas ao comportamento.

Membro da Academia de Ciências de Nova York, participa do Programa da Organização das Nações Unidas para Desenvolvimento no Brasil (PNDU Brasil), prestando apoio médico e psicoterapêutico no projeto de melhoria de desempenho de jovens com talentos especiais e dificuldades profissionais ou sociais.

Consultora de saúde mental e comportamento em diversos segmentos da mídia, em revistas, rádio e televisão.

Para informações, convites para palestras, conferências e consultas: Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva

n a p a d e s
Núcleo de Medicina do Comportamento
Rua General Venâncio Flores, 305 / si 605-606 - Leblon - Rio de Janeiro
Tel s : (21) 2512 2242 / 2512 4544 -Tel./ Fax: (21) 2259 5451
e-mail: napades@napades med br/site: www.napades.med.br